

Année 1929

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Émile CHEYNET

Ancien Interne Pr. des Hôpitaux de Paris,

Né le 28 octobre 1893, à Paris.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

CÉSARIENNE VAGINALE

(A PROPOS DUNE STATISTIQUE DE 40 CAS)

Président : M. C. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

1929

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1929

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Émile CHEYNET

Ancien Interne Pr. des Hôpitaux de Paris,

Né le 28 octobre 1898, à Paris.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

CÉSARIENNE VAGINALE

(A PROPOS D'UNE STATISTIQUE DE 40 CAS)

Président : M. C. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr.)

—
1929

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale		CUNEO
Physiologie		ROGER
Physique médicale		STROHL
Chimie médicale		DESGREZ
Bactériologie		LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales		Marcel LABBE
Pathologie médicale		N...
Pathologie chirurgicale		LECENE
Anatomie pathologique		ROUSSY
Histologie		CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU
Hydrologie, thérapeutique et climatologie		Maurice VILLARET
Thérapeutique.		LOEPER
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée		RATHERY
Clinique médicale.	}	CARNOT
		BEZANÇON
		ACHARD
		WIDAL
		LEREBoullet
Hygiène et clinique de la première enfance		NOBECOURT
Clinique et maladie des enfants		H. CLAUDE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GOUGEROT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GUILLAIN
Clinique des maladies du système nerveux		TEISSIER
Clinique des maladies infectieuses		Léon BERNARD
Clinique de la Tuberculose		DELBET
Clinique chirurgicale	}	HARTMANN
		LEJARS
		GOSSET
Clinique ophtalmologique		TERRIEN
Clinique urologique		LEGUEU
Clinique d'accouchements	}	COUVELAIRE
		BRINDEAU
Clinique gynécologique		JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale		OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique		VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale		SEBILEAU
Clinique propédeutique		Pierre DUVAL
Professeur sans chaire		SERGENT
		BRANCA



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiat.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Path. chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET . . .	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ . . .	Path. chirurgicale.
BRULE . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Path. chirurgicale.
CHABROL . . .	Pathologie médicale.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC . . .	Pathologie médicale.
DEBRE . . .	Hygiène.
DOGNON . . .	Physique.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FISSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expériment.
GATELLIER	Path. chirurgicale.
GIROUD . . .	Histologie.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.

MM.

HUTINEL . . .	Pathologie médicale.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAIRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . .	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL . .	Obstétrique.
LHERMITTE . .	Pathologie mentale.
LIAN . . .	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (FERNAND)	Pharmacologie.
METZGER . . .	Obstétrique.
MONDOR . . .	Path. chirurgicale.
MOURE . . .	Path. chirurgicale.
MULON . . .	Histologie.
OBERLING . . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER . . .	Anatomie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
QUENU . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHEL Fils	Physiologie.
SEZARY . . .	Dermatol. et syphilig.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur) . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VELTER. . .	Ophtalmologie.
VERNE . . .	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . .	Pharmacologie.
GUENIOT. . .	Obstétrique.
LEQUEUX . . .	Obstétrique.

M.

NEVEU-LEMAIRE . .	Parasitologie.
RETTERER. . .	Histologie.
ZIMMERN . . .	Physique.

IV. — ABRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON COUSIN LE DOCTEUR Maurice VERNET

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

EX-ASSISTANT A L'HOPITAL LAENNEC

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Cyrille JEANNIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTETRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

*En témoignage de ma profond
reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS,
qui m'enseignèrent la médecine :

D^r Armand DELILLE, PROF. AGR. AUBERTIN,
PROF. AGR. DONZELOT, D^r FAROY,
D^r FERRAND, D^r LION, PROF. LÉPER,
D^r PINARD, D^r RAVAUT, PROF. SERGENT,
D^r CL. VINCENT.

A ceux qui m'apprirent la chirurgie et l'obstétrique, chi-
rurgiens des Hôpitaux, assistants et chefs de cliniques :

D^r AUROUSSEAU, D^r BAILLEUL,
PROF. AGR. BASSET, PROF. BROCA (*in memoriam*),
D^r CHOMÉ, D^r DUJARIER,
D^r GALOP, D^r LARGET, PROF. AGR. LEQUEUX,
D^r PAREUX, D^r SUREAU, D^r WEILL SPIRE.

INTRODUCTION

La césarienne vaginale, pratiquée dès 1896 par Dührssen, a, depuis cette époque, connu des alternatives de vogue et d'abandon. Il semble qu'à l'heure actuelle, beaucoup d'accoucheurs y aient renoncé ou la réservent uniquement à certains cas d'exception.

Il nous a paru intéressant de compiler les observations de césariennes vaginales accumulées depuis de nombreuses années dans le service de notre maître le Professeur Jeannin qui est resté partisan de cette méthode, de voir qui, des détracteurs ou des enthousiastes de cette intervention, étaient dans le vrai, de nous faire une opinion personnelle basée sur un grand nombre de cas et d'en tirer, si possible, quelques conclusions.

M. le Professeur Jeannin a bien voulu nous autoriser à rapporter ici des observations de son Service de la Pitié, c'est lui qui nous a inspiré cette thèse et nous savons trop tout ce que nous lui devons pour ne pas tenir, en terminant cette introduction, à le remercier pour tout ce qu'il a fait pour nous et à lui exprimer toute notre respectueuse reconnaissance.

GÉNÉRALITÉS

La césarienne vaginale est une intervention qui permet d'évacuer par voie basse en quelques minutes, un utérus gravide alors que le col n'est pas encore effacé.

Elle pourra donc être pratiquée dans deux circonstances bien différentes :

1° Avant terme;

2° A terme.

Non seulement les conditions anatomiques diffèrent en ces circonstances, mais la facilité de l'intervention et le pronostic ne sont même pas à comparer.

Autant la césarienne vaginale avant terme est une opération recommandable, excellente à tous points de vue et facile à réaliser, autant cette césarienne à terme est une intervention discutable que l'on doit employer prudemment et seulement dans des cas bien déterminés, et dont le pronostic est peu encourageant.

Cependant on aurait tort d'incriminer toujours la césarienne vaginale. C'est un peu la parente pauvre des opérations obstétricales, les cas qu'on lui abandonne presque à regret sont le plus souvent d'une gravité

telle qu'on ne saurait vraiment lui en vouloir d'améliorer si peu le pronostic.

C'est pourquoi nous restons néanmoins partisan de la césarienne vaginale.

Tout d'abord elle présente un gros avantage : sa rapidité ; un deuxième avantage non négligeable, sa simplicité : son exécution n'exige pas un matériel aussi compliqué que la césarienne abdominale, les instruments nécessaires sont des instruments de pratique obstétricale courante, elle peut être facilement pratiquée en ville. En outre, sa technique est des plus simple et sans aller jusqu'à dire comme Dührssen que « le premier médecin venu ayant une teinture chirurgicale, la pourra exécuter en ville avec l'aide d'une sage-femme », il faut reconnaître qu'elle reste d'une exécution facile pour un opérateur habitué, doué d'une certaine habileté et aidé d'un assistant entraîné à la chirurgie. Enfin son troisième avantage est d'éviter l'ouverture de la cavité péritonéale.

De ces avantages, elle tire ses principales indications générales.

Indiquée s'il y a nécessité d'agir vite, si l'on préfère ou si les circonstances réclament la simplicité instrumentale ou d'assistance, si l'opérateur juge dangereux l'ouverture de l'abdomen ou si la parturiente refuse l'intervention par voie haute. Car ainsi que nous le verrons, c'est surtout la voie haute qu'on peut opposer à la césarienne vaginale, les interventions rapides par voie basse — les incisions profondes mises à part et

dont les indications sont un peu particulières — consistant uniquement en dilatations brutales, dangereuses et inutiles, sont actuellement à peu près complètement abandonnées. Mais en regard de ces indications d'ordre général, il faut placer aussi toute une série de contre-indications :-

Les obstacles *proëvia* irréductibles : bassins rétrécis, tumeurs, etc., constituent une contre-indication formelle.

L'infection, si elle est certaine, constitue un danger, mais peut n'être pas une contre-indication absolue, si l'intervention a respecté le péritoine, si l'on évite, même dans les cas douteux, de fermer l'espace intervésico-utérin.

L'état du segment inférieur et le volume de l'enfant, ou, plus exactement le rapport qui existera entre la circonférence de l'orifice créé, d'une part, et la circonférence de la présentation d'autre part, rapport qui devra être au moins égal à l'unité. Ce rapport chez la femme avant terme, quel que soit l'état du segment inférieur, est, en règle générale, favorable. Au contraire, à terme, il est des plus importants à connaître. Si le segment inférieur est mal formé, si la brèche a été créée trop timidement, si le fœtus est enfin trop volumineux : excès de volume total ou partiel, le danger de rupture de l'utérus sera grand. Un examen clinique approfondi, la prudence au cours de l'extraction, les embryotomies pourront éviter ce risque dans le dernier cas, mais ce n'est que par la connaissance anatomo-

physiologique du canal cervico-segmentaire et par une technique opératoire rigoureuse que l'on évitera les accidents dus à un orifice utérin trop petit. C'est pourquoi nous consacrons les chapitres suivants à l'anatomophysiologie de l'utérus gravide et à la technique opératoire qu'il nous semble préférable d'employer dans les divers cas qui peuvent se présenter.

ANATOMIE. PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS PENDANT LA GESTATION

L'utérus non gravide étant décrit dans tous les traités d'anatomie, nous le considérerons comme connu et nous n'envisagerons que l'utérus au cours de la grossesse.

Mais encore nous n'insisterons que sur certains détails intéressant la césarienne vaginale, et surtout sur le segment inférieur dont l'étude est indispensable pour bien comprendre les indications générales et la technique de cette intervention. L'utérus non gravide ainsi que l'utérus au début de la grossesse pendant les 5 premiers mois comprend :

un corps
et un col.

Mais dès le 6^e mois, et surtout dans les 3 derniers mois, le corps utérin, par suite de l'augmentation rapide du volume de l'œuf, va encore présenter un col et un corps, mais en outre une partie intermédiaire d'origine non plus anatomique mais purement obstétricale, liée uniquement à cette fonction qu'est l'accouchement, région ayant donc une fonction temporaire, cette zone inter-

médiaire au col et au corps, se différenciant pendant la grossesse et apparaissant avec tous ses caractères pendant le travail, est ce qu'on nomme le segment inférieur.

En somme l'utérus pendant le travail peut être encore divisé en deux parties :

d'une part le corps.

d'autre part le canal de Braune ou canal cervico-segmentaire (Demelin) qui correspond lui-même à 2 portions :

le segment inférieur du corps.

et le col.

Du corps, nous ne dirons que peu de choses, nous rappellerons simplement deux points d'anatomie dont il faut se souvenir pour la question qui nous intéresse :

d'une part son adhérence intime avec le péritoine ;

d'autre part sa torsion normale de gauche à droite qu'il ne faut pas oublier au cours d'une césarienne vaginale si l'on ne veut pas laisser obliquer l'incision vers la gauche. On risquerait ainsi d'aller léser l'artère utérine gauche. Le segment inférieur s'ébauche vers le 6^e mois, il atteint son complet développement au moment du travail.

A terme chez une primipare, il se présente sous la forme d'une calotte renversée, dont la paroi antérieure serait plus développée que la paroi postérieure. Le col est appendu à cette calotte.

On distingue au segment inférieur un orifice supérieur, un orifice inférieur et des parois.

Bandl le premier fixa, après examen de coupe, la limite supérieure du segment inférieur, au niveau d'un anneau musculaire purement physiologique, dit anneau de Bandl ou anneau de contraction de Schröder, situé à environ 7 à 8 cm. au-dessus de l'orifice interne du col. Il y a là une notable différence d'épaisseur entre la paroi du corps et la paroi du segment inférieur. De plus, c'est à ce niveau que le péritoine ayant adhéré intimement à la portion corporeale, devient décollable, relié uniquement au segment inférieur par du tissu conjonctif ayant subi l'imbibition gravidique et permettant une séparation facile du muscle et de la séreuse.

Signalons en outre que c'est en ce point que les auteurs allemands ont décrit dans la paroi la veine coronaire, qu'Hofmeier a montré que l'utérine donne sa première branche importante pour le corps utérin et qu'à ce niveau se trouve la limite d'adhérence intime des membranes ovulaires.

Cet orifice supérieur est orienté dans un plan oblique en bas et en avant. Nous n'insisterons pas sur l'orifice inférieur, simple rétrécissement, faisant communiquer le segment inférieur et le canal cervical. Cet orifice en effet, au moment du travail, va, par suite de l'effacement du col, se rapprocher progressivement de l'orifice externe du col. Le col s'incorporant au segment inférieur, cette limite devient impossible à préciser.

La paroi antérieure du segment inférieur plus haute et plus concave que la paroi postérieure est en outre

plus mince. Cette disposition s'accroît encore pendant le travail car l'ampliation du segment inférieur étant inégale, la portion antérieure se développe plus que la postérieure, ce qui explique que le col se trouve déplacé dans sa position, parfois même très loin, au devant du sacrum. Le phénomène inverse est plus rare.

L'origine du segment inférieur ne nous arrêtera pas, qu'il soit constitué aux dépens du col, ou aux dépens du corps, ou d'origine mixte ou aux dépens de l'isthme peu nous importe, ce qui nous intéresse c'est son existence.

Au point de vue de sa structure, notons simplement que les fibres des couches externe et interne s'intriquant au niveau du corps en une couche moyenne plexiforme, deviennent moins nombreuses et moins plexiformes au niveau du segment inférieur, ayant une tendance à être longitudinales. Au niveau du col, elles deviennent si grêles que leur existence a pu être niée.

La muqueuse du segment inférieur plus mince, moins tomenteuse que celle du corps, possède des cellules déciduales plus petites, elle peut servir à la placentation.

Des rapports de l'utérus gravide, nous ne retiendrons que ceux du segment inférieur.

Le segment inférieur est en rapport intime avec le péritoine, mais alors que sur le corps de l'utérus le péritoine adhère intimement au muscle, au niveau du segment inférieur il est facilement décollable, surtout en avant.

En avant, la ligne de solide attache du péri-

toine qui limite en haut le segment inférieur va, pendant la grossesse s'élever progressivement :

à 2 mois, elle est à 2 cm. de l'orifice utérin;

du 3^e au 4^e mois, à 3 cm. environ;

à 6 mois, à 4 cm.;

à 7 mois, à 5 m.;

à 9 mois, de 5 cm. à 7 cm. (Hofmeier et Benkiser).

En outre le ramollissement très marqué du tissu cellulaire sous-péritonéal, dont Bar a souligné l'importance, va permettre au cours de la césarienne vaginale un décollement très facile.

En arrière, le péritoine recouvre toute la hauteur de la face postérieure du segment inférieur descendant même jusqu'à la partie supérieure du vagin. Le péritoine à ce niveau adhère plus que sur la face antérieure mais beaucoup moins que sur le corps, on pourra le décoller au cours de la césarienne vaginale.

En dehors du péritoine, le segment inférieur entre en rapport avec différents organes :

La face antérieure du segment inférieur entre en rapport avec la vessie dont elle est séparée en haut par le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, en bas par du tissu cellulaire lâche, facilement décollable. Mais en réalité cet espace inter-vésico-utérin comprend deux régions : l'antérieure, rétro-vésicale, non décollable adhère intimement à la vessie et contient des artérioles, branches des vésico-vaginales et surtout la portion postérieure du plexus veineux périvésical; la postérieure, à peu près avasculaire est lâche, et c'est là qu'il faut prati-

quer le décollement : ce plan de clivage est à rechercher soigneusement ; c'est un des moments les plus importants du début de la césarienne vaginale, une fois le plan de clivage trouvé, le décollement est des plus faciles. Malheureusement cette disposition physiologique peut faire défaut lorsque du tissu cicatriciel, consécutif à des inflammations péri-utérines s'est substitué au tissu cellulaire normalement lâche. Les uretères à ce niveau sont beaucoup trop bas et trop en dehors de la ligne médiane pour constituer un rapport sérieux.

En arrière et par l'intermédiaire du péritoine, le segment inférieur répond au rectum dont il est séparé par le cul-de-sac de Douglas.

En somme, sur ces deux faces où doivent porter les incisions, peu de danger. Au contraire, nous allons voir que latéralement il y aurait un gros danger à laisser obliquer l'incision.

Latéralement les rapports du canal cervico-segmentaire sont des plus importants. Entre les deux feuillets du ligament large, nous trouvons en effet : l'artère utérine et ses branches et le plexus veineux latéro-utérin ; les uretères présentent un rapport d'importance moindre. Sans insister sur les détails de la vascularisation du segment inférieur, nous dirons simplement que les rameaux transversalement dirigés diminuent d'importance en se rapprochant de la ligne médiane. Il existe donc à ce niveau une zone presque avasculaire dont il faut s'éloigner le moins possible au cours des incisions du canal cervico-segmentaire. On voit donc

la grosse différence anatomique qui existe entre le corps et le canal cervico-segmentaire :

- 1° différence considérable d'épaisseur des parois;
- 2° différence dans les rapports péritonéaux;
- 3° différence de structure de la paroi. A ces différences anatomiques s'ajoutent et correspondent des différences physiologiques.

La fonction du corps étant une fonction motrice, fonction active, le corps étant avant tout un muscle qui se contracte pour chasser le fœtus.

La fonction du canal cervico-segmentaire est au contraire une fonction passive. Très faiblement musculaire, le segment inférieur se contracte bien, mais ses contractions sont faibles, contrairement aux contractions puissantes du corps, elles sont peu efficaces. Leur rôle dans l'accouchement n'est qu'un rôle de second plan. Le rôle du canal cervico-segmentaire qui est une région souple, comme une région de tissu élastique, est avant tout de se laisser distendre, de s'effacer pour laisser passer le fœtus. Poussé par les contractions du corps, le fœtus est comme «chaussé» par le segment inférieure et le col, qui sont donc attirés vers le haut et dilatés.

Cette ampliation du segment inférieur est le plus souvent inégale, la paroi antérieure se développe en règle plus que la postérieure, le col se trouve déplacé en arrière. Puis le col s'efface, s'incorporant au segment inférieur par le même mécanisme qui a provoqué l'ampliation du segment inférieur et l'ensemble du canal cervico-segmentaire arrive ainsi à ne former qu'une

cupule dont l'orifice inférieur, orifice du col, va progressivement se dilater. On conçoit donc que, suivant l'état du canal cervico-segmentaire, on pourra intervenir de façons différentes pour ouvrir suffisamment ce clapet, afin d'évacuer l'utérus gravide.

Alors que tout au début de la grossesse une simple dilatation sera suffisante pour sortir un œuf petit, on voit qu'au fur et à mesure qu'on s'approche du terme, le fœtus devenant de plus en plus volumineux il faudra une ouverture de plus en plus grande. Le col fermant en bas le canal, il faudra donc inciser largement jusqu'à la partie la plus élevée du segment inférieur (limite qui, nous l'avons vu, s'élève à mesure que la grossesse évolue) afin de séparer le clapet en 2 valves latérales qui vont permettre le passage du fœtus. Et ceci est vrai tant que l'effacement du col ne s'est pas produit.

La césarienne vaginale crée en quelque sorte un effacement — et une dilatation, évidemment — artificiel. Une dilatation simple du col transformerait l'orifice du canal en un canal un peu plus large mais insuffisant, elle serait donc inutile et dangereuse et son aboutissant serait, si l'on sortait le fœtus par version par exemple, une craniotomie dans les cas heureux, une déchirure utérine si l'on insistait trop.

Les incisions du col seraient aussi insuffisantes et dangereuses, on n'a évidemment aucun bénéfice à changer l'orifice externe du col pour son orifice interne avant l'effacement complet,

Que reste-t-il donc pour les incisions du col? Mais les cas où l'effacement du col étant parfait, c'est la dilatation qui ne se fait pas. On est alors dans les circonstances les plus favorables pour cette intervention l'extrémité inférieure de l'utérus bombant largement dans le vagin, les cul-de-sacs étant profonds à souhaits.

TECHNIQUE DE LA CESARIENNE VAGINALE

La femme sondée, pubis rasé, est mise en position gynécologique. Le champ opératoire et le vagin sont soigneusement désinfectés à l'alcool iodé. Des champs sont placés comme dans toutes les interventions portant sur cette région.

Anesthésie

L'anesthésie sera donnée de préférence au chloroforme ou à l'éther. La rachianesthésie a ses partisans; elle donne en effet une grande souplesse au segment inférieur et au périnée et, de plus, rend l'opération peu saignante. Les autres procédés d'anesthésie régionale ou locale peuvent être employés, surtout dans les cas où l'anesthésie générale est contre-indiquée.

Instrumentation

Le chirurgien assis face au champ opératoire aura à sa disposition :

un bistouri,

une forte paire de ciseaux droits,

une forte paire de ciseaux courbes,
2, ou mieux 4 pinces de Museux,
une pince à pansements,
une pince à disséquer,
une aiguille courbe à pédale.

En outre, forceps, lacs, etc., bref tout le nécessaire habituel pour extraire et ranimer l'enfant.

L'aide placé à sa gauche aura :

2 valves,
des pinces de Kocher,
une paire de ciseaux,
du cagut, des crins, des compresses.

Intervention

Temps préliminaire. — Dans les cas où l'on craint une résistance particulière des parties molles, on se donnera du jour par une double épisiotomie. Ce temps d'ailleurs n'est pas obligatoire. Les dilatations préalables du col doivent être abandonnées car elles sont inutiles le plus souvent, elles ralentissent et compliquent l'intervention, et multiplient les chances d'infection.

Opération proprement dite

Elle comprend 3 temps :
un premier temps, chirurgical : les incisions;
un deuxième temps, obstétrical : l'évacuation de l'utérus;
un troisième temps, chirurgical : la restauration.

1^{er} temps : Incisions

Les deux valves sont mises en place : la valve longue et étroite en haut, la valve courte et large en bas. Le col, saisi solidement par 2 pinces de Museux latérales, est fortement abaissé à la vulve. La valve antérieure est enlevée.

Saisissant alors le bistouri, l'opérateur incise de droite à gauche la muqueuse vaginale au niveau de son insertion sur le col.

L'incision au bistouri facilite la recherche du plan de clivage, mais la brèche d'environ 5 à 6 cm. peut être créée à l'aide de 3 ou 4 coups de ciseaux courbes. La recherche du plan de clivage est un des points les plus importants de l'intervention, lorsqu'il est atteint la muqueuse paraît glisser, se rétracter en arrière. On décolle alors la vessie et le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, soit au doigt et à la compresse, soit avec la pointe mousse des ciseaux courbes. Il faut cliver le plus haut possible jusqu'à la ligne de solide attache. Ce clivage doit être presque avasculaire, une hémorragie importante indiquerait que l'on est trop près de la vessie dans la zone des vaisseaux rétro-vésicaux, zone d'ailleurs beaucoup plus difficilement décollable.

Ceci fait, l'aide charge la partie antérieure de la brèche vaginale sous sa valve, maintenant la vessie et le cul-de-sac péritonéal hors du champ opératoire. C'est là un des actes les plus difficiles pour l'aide car il doit écarter suffisamment et complètement cette région

qu'il doit protéger, mais cependant avec douceur pour éviter de léser la vessie et le péritoine.

On a donc ainsi sous les yeux la face antérieure du col et du segment inférieur mise à nu.

Aux ciseaux droits, on incise alors franchement, et bien sur la ligne médiane, en jetant de plus en plus haut sur les tranches de section, les pinces de Museux inférieures qu'on enlève tour à tour et qui abaissent progressivement l'utérus.

L'incision doit être poussée le plus haut possible jusqu'à l'insertion du péritoine, on n'incise jamais assez haut, et la plupart des déchirures proviennent d'incisions trop timides.

Cette section saigne peu. Le plus souvent, et c'est surtout le cas des césariennes vaginales avant terme ou sur fœtus petit, cette incision antérieure suffit, mais il est préférable de ne pas s'en contenter à terme, et de la compléter par l'incision postérieure : on n'a jamais assez de jour.

On recommence alors la manœuvre en arrière, en relevant vers le pubis les pinces qui ont saisi le col.

On incise le cul-de-sac postérieur.

On décolle le péritoine du Douglas à la compresse.

On incise enfin sur la ligne médiane et toujours le plus haut possible, la face postérieure du segment inférieur, comme il a été dit pour la face antérieure.

L'utérus est ainsi largement ouvert et l'on a transformé son orifice inférieur — petit orifice du col avant l'intervention — en un orifice large, équivalent à la

circonférence de l'extrémité supérieure du segment inférieur, limité latéralement par deux valves, deux héli-canaux cervico-segmentaires qui ne peuvent gêner l'extraction.

2^e temps : Evacuation de l'utérus

1^o Extraction de l'enfant :

Valves et pinces sont momentanément retirées.

S'agit-il d'un petit fœtus avant terme? Deux doigts introduits dans la cavité utérine saisissent les pieds et l'extériorisent facilement; la tête parfois est un peu plus difficile à sortir : un doigt dans la bouche la fléchit et la sort sans risquer une décapitation toujours fort désagréable. Si cette décapitation se produit, les doigts peuvent encore suffire à sortir la tête en s'aidant d'une main placée sur le fond de l'utérus. Dans certains cas, la pince à faux germe pourra être utile et pourra même réduire les dimensions du crâne.

S'agit-il d'un enfant à terme? L'extraction est alors le gros danger de l'intervention. L'enfant sera alors extrait soit par version podalique si la présentation reste élevée et mobile, soit par forceps si la tête est engagée et facilement accessible.

Toutes ces manœuvres d'ailleurs devront être menées avec prudence et lenteur. La prise, s'il s'agit d'un forceps sera presque fatalement oblique, mais, quelle que soit la manœuvre, il faudra avant tout éviter de faire coïncider les grands diamètres de la tête, des épaules

et du bassin avec celui des incisions. Il faudra en outre faire franchir la brèche avec lenteur, en vérifiant le plus souvent possible la tension des lèvres de la plaie, enfin éviter toute manœuvre brutale, pratiquer les tractions le plus possible dans l'axe. En agissant ainsi on mènera le plus souvent cette extraction à bien. Cependant, en dehors des déchirures possibles, il est des cas où une rétraction de l'utérus sur tête dernière par exemple, ou encore la rétention d'une tête d'hydrocéphale fait craindre la rupture si l'on insistait; dans ces cas la perforation et la basiotripsie sont les seuls moyens capables de terminer l'extraction.

D'ailleurs sur enfant mort ces manœuvres seront utiles et diminueront les risques de l'extraction.

Notons enfin en terminant que la version paraît plus dangereuse que le forceps.

2^o Délivrance :

Il faut toujours faire la délivrance artificielle après l'extraction du fœtus et avant de passer aux sutures, ce qui, non seulement, évite la rétention d'un placenta décollé dans un utérus refermé, mais, en outre, permet de pratiquer une revision utérine.

3^e temps : Restauration

Les valves remises en place écartent largement les parois vaginales, on place deux pinces de Museux sur la partie inférieure du col, on suture d'abord la paroi postérieure du segment inférieur, par points séparés, au catgut n^o 2 :

soit en soulevant les pinces contre le pubis, les nœuds étant alors à l'extérieur;

soit, plus simplement, en laissant les nœuds à l'intérieur comme dans le procédé indiqué par notre ami J. Pareux dans sa thèse.

Dans certains cas, lorsque l'incision postérieure n'a pas été prolongée trop haut, on peut s'abstenir de la suturer. On rétrécit ensuite la brèche vaginale postérieure par un ou deux points de catgut.

L'incision antérieure sera suturée par points séparés au catgut n° 2, en respectant autant que faire se pourra la muqueuse; un premier point sera placé le plus haut possible et noué, ses chefs permettront de faire des tractions pour abaisser le segment intérieur et faciliter la suture de la partie toute supérieure de la plaie.

On peut en outre enfouir la première rangée de suture par un surjet au catgut, mais dans ce cas il est bon de ne pas suturer complètement la brèche postérieure afin d'éviter une rétention des lochies. La brèche vésico-utérine sera rétrécie par 2 ou 3 points séparés ou par un surjet. Ces sutures vaginales sont d'ailleurs souvent inutiles. En tout cas il ne faut jamais suturer la vessie au col s'il y a infection. Le drainage préconisé par certains auteurs est insuffisant et dangereux.

Les épisiotomies seront réparées au crin de Florence comme d'habitude

Enfin on complètera par une injection intra-utérine iodo-iodurée ou un écouvillonnage à la teinture d'iode; une piqûre d'ergotine s'il y a inertie; un tamponne-

ment laissé en place 6 heures s'il y a hémorragie; ou un tamponnement utéro-vaginal au sérum antistreptococcique ou antigangréneux s'il y a infection; et en outre les traitements post-opératoires habituels : sérum, huile camphrée, etc., seront mis en œuvre s'il y a lieu.

Les crins des épisiotomies seront retirés le 6^e jour.

En résumé : le procédé opératoire que nous venons d'indiquer, et qui est celui que nous employons, peut varier légèrement suivant les cas :

si le fœtus est petit, une incision antérieure du segment inférieur suffit en règle générale;

à terme on ne saurait faire trop largement, l'évacuation utérine, facile avant terme, étant plus difficile et dangereuse à terme;

enfin la restauration variera suivant qu'il y aura, ou non, infection.

INCIDENTS, ACCIDENTS ET COMPLICATIONS

Les incidents, accidents et complications de la césarienne vaginale sont assez nombreux mais ne comportent pas tous une gravité très grande. Grâce à la connaissance anatomo-physiologique du segment inférieur, et surtout grâce à une technique parfaite, la plupart peuvent, ainsi que nous l'avons déjà dit, être évités. On peut les observer :

A) Au cours de l'intervention

1° **Difficulté de décoller la vessie.** — C'est un simple incident mais fort désagréable, il se produit d'ailleurs assez rarement. Le plus souvent, il s'agit d'une femme ayant déjà eu une césarienne vaginale antérieure et chez laquelle il est impossible de trouver le plan de clivage, la zone inter-vésico-utérine étant transformée en un tissu fibreux impossible à décoller; c'est le cas par exemple cité dans la thèse de notre ami le D^r Pareux (obs. 4). D'autres fois, c'est à la suite de lésions inflammatoires de la région. Le danger, on le conçoit aisément, est la lésion possible de la vessie et du péritoine. Sur 41 cas que nous avons étudiés le fait ne s'est produit qu'une fois (obs. 2).

2^o **Hémorragies.** — Des hémorragies s'observent assez souvent, elles sont exceptionnellement graves, En effet dans les différentes statistiques (Hauch, Peterson, Wilhelm, etc.) les écoulements sanguins paraissent rarement importants. Sur les 41 cas réunis par nous de petites hémorragies sont parfois signalées mais cèdent rapidement aux traitements habituels dirigés contre elles : hypophyse, ergotine, tamponnements, avec, si le besoin s'en fait sentir, sérum physiologique intraveineux et même transfusion dans les cas les plus graves, mais cependant nous y relevons 2 cas de mort par hémorragie. Il s'agissait il est vrai de placentas prævia ayant déjà saigné abondamment, de ces malades chez lesquelles la perte d'une seule cuillerée à café de sang est mortelle (obs. 3 et 4).

Les hémorragies s'observent soit pendant le décollement vésical : elles indiquent dans la plupart des cas, comme nous l'avons dit, que l'on est dans la zone rétro-vésicale non décollable. C'est une erreur de technique facile à corriger. Cependant certaines femmes saignent même lorsqu'on est bien dans la bonne zone, ces hémorragies d'ailleurs sont minimales. Soit encore au moment de l'hystérotomie, les tranches de section saignent plus abondamment que de coutume et cela d'autant plus que le segment inférieur est moins bien formé, ce qui explique qu'on les observe surtout au cours d'avortements thérapeutiques. C'est encore ce qu'on peut voir en incisant un utérus fibromateux (obs. 5). Elles peuvent être aussi dues à une faute de

technique comme nous y avons déjà suffisamment insisté : plus on s'éloigne de la ligne médiane, zone avasculaire, au cours de l'hystérotomie, plus l'écoulement de sang est abondant, mais ces hémorragies sont en général sans gravité. S'il s'agit d'un placenta prævia on a une hémorragie assez abondante au moment où l'on sectionne le placenta, elle est en règle bénigne et vite arrêtée.

Mentionnons, en outre, les hémorragies exceptionnelles, mais de la plus haute gravité; une technique rigoureuse doit faire éviter cet accident. De plus après la délivrance l'inertie peut créer comme toujours des hémorragies qui peuvent être mortelles comme dans les deux cas cités plus haut, mais qui en général cèdent au traitement habituel. D'autre part, ces hémorragies au lieu de se manifester à l'extérieur, peuvent créer un hématome sous-péritonéal après fermeture trop complète de la brèche antérieure ou postérieure, le sang de la tranche de section s'accumulant dans l'espace trop bien cloisonné, ou enfin exceptionnellement l'hémorragie peut se faire dans la cavité péritonéale, s'il y a déchirure de l'utérus et du péritoine.

3° Lésions de la vessie et du péritoine. — Ce sont des lésions assez rares. Pour la vessie, la manifestation précoce est l'émission d'urine par l'orifice créé, les mictions sanglantes par la sonde; parfois c'en est que plus tardivement qu'elles se manifestent, créant une fistule urinaire, comme nous le verrons, de pronostic sérieux.

Le péritoine peut être lésé. Le plus souvent, c'est le cul-de-sac de Douglas qui est ouvert, l'accident n'a pas une gravité particulière; plus rarement, c'est le cul-de-sac vésico-utérin, accident plus grave, mais cependant si la blessure est minime et s'il n'y a aucune trace d'infection comme dans un cas que nous avons observé tout récemment où il ne s'agissait que d'une piqûre par l'aiguille, la lésion ne comporte aucune suite fâcheuse.

B) *Au cours de l'extraction du fœtus divers accidents peuvent se produire :*

1° **Difficulté d'extraction** des bras, de la tête, etc., ce sont, nous l'avons vu, des cas nécessitant souvent l'embryotomie (tableau 21-2-27, obs. 6), parfois il est absolument impossible d'extraire le fœtus (obs. 18).

Nous en rapprocherons les cas de rétraction de l'utérus sur tête dernière, et ceux de décapitation d'un fœtus au cours d'un avortement thérapeutique.

2° **Déchirure utérine ou utéro-vaginale.** — Sur 41 opérations, nous ne l'avons observée qu'une fois, ayant nécessité une hystérectomie et ayant entraîné la mort de la malade par péritonite (obs. 7).

Rappelons qu'elles peuvent être longitudinales, ou transversales, risquant alors d'aller léser les vaisseaux utérins. Nous avons déjà insisté sur les dangers de cette variété.

3° **Lésions de la vessie et du péritoine** consécutives soit à une extension de la brèche utérine, soit, pour

la vessie, à une compression entre la tête fœtale et le pubis. Cette dernière lésion est alors à manifestation tardive, ce n'est que dans les jours qui suivent, que, par suite de la chute de l'escharre, une fistule urinaire s'installe. Nous ne l'avons jamais notée au cours des cas étudiés, mais nous l'avons observée il y a moins d'un an après un Braxton-Hicks particulièrement pénible.

4° Enfin le fœtus peut être blessé au cours de l'extraction par forceps ainsi qu'une de nos observations le mentionne (tabl. 26-12-27).

C) *Après l'intervention* on peut voir des accidents se produire :

a) Soit dans les suites immédiates comme :

1° Le **shock** opératoire; dans notre statistique 2 cas (dont un mixte : shock et hémorragie) ayant entraîné la mort et un cas sans suites graves (obs. 5, tabl. 21-5-27).

2° Nous ne reviendrons pas sur les hémorragies post-opératoires dont nous avons parlé plus haut.

b) Soit dans les suites éloignées :

1° L'**infection** dont il est difficile, pour ne pas dire impossible de connaître la cause : infection préexistante, touchers répétés ou opération elle-même. En comptant comme infection tout crochet thermique post-opératoire la morbidité semblerait d'après les différentes statistiques osciller vers 33 %, la mortalité vers 1 à 2 % (cas aseptiques compris).

Voici d'ailleurs une observation d'infection post-opératoire mortelle. Elle date de 1924 et n'est donc pas comprise dans les 41 cas que nous avons étudiés plus particulièrement :

Obs. I. — Césarienne vaginale à terme avec basiotripsie sur enfant mort. (Opérée par M. le Professeur Jeannin).

Mme A... I pare, 20 ans. Admise le 20 novembre 1924, D. R. 6 avril. Examen d'entrée. Hauteur utérine 36 cm. Palper. Fœtus mobile, tête en bas, dos à gauche.

Ausc. +.

Toucher. — Tête mobile, col mou dévié à gauche. S. I. non formé.

Examen général. — Femme de petite taille assez forte, légères varices au creux poplité.

22 novembre. — Hauteur utérine 38 cm., tête non fixée, dos à gauche, ausc. +.

27 novembre. — Hauteur utérine 39 cm.

1^{er} décembre. — Hauteur utérine 40 cm. Utérus impalpable, excavation vide, col mou.

6 décembre. — Hauteur utérine 36 cm. l'utérus est devenu palpable, tête en bas, dos à gauche. Ausc. +, excavation vide.

16 décembre. — Hauteur utérine 42 cm., œdème des membres inférieurs, tête en bas, dos à gauche, tête mobile très haute, col long fermé, légèrement dévié à gauche. S. I. très mal formé. Ausc. +.

17 décembre. — La femme accuse une dyspnée causée par la hauteur anormale de l'utérus, palper très difficile. Utérus en contraction permanente. Souffle utérin, mouvements actifs. U. N.

23 décembre. — Hauteur utérine 43 cm et demi.

24 décembre. — La femme retourne chez elle.

23 janvier 1925. — La femme entre pour contractions utérines douloureuses et subintrantes.

Examen d'entrée : U. N. — Hauteur utérine 36 cm. Palper : tête en bas mobile. Toucher : tête en bas très élevée paraissant volumineuse et très ossifiée, mobile au-dessus du D. S. Dilatation 50 cm. Poche des eaux rompue depuis 40 heures. Contractions utérines très rapprochées.

A 10 heures 30, examen de M. Jeannin, tête en bas mobile. Dilatation 0 fr. 50; liquide teinté de méconium. Ausc. +.

M. Jeannin décide de faire une C. V. (2 cc. de morphine).

A 12 heures C. V. pour fœtus mort, présentation mobile au-dessus du D. S. Basiotripsie. Fille pesant 2900 gr.

Délivrance immédiate, membranes déchirées paraissant complètes, poids 530 gr. Incidents : épisiotomie bilatérale. Huile camphrée éth. 10 cc. Sér. phys. 500 cc.

Depuis ce jour la température oscille entre 39 et 40 jusqu'au 29 janvier.

31 janvier. — Nouvelle élévation de température. M. Jeannin porte le diagnostic de septicémie.

Depuis cette date la température reste entre 40 et 40,8. Le pouls suit la température atteignant 160 et plus. Chaque jour on fait à la femme H. C., Spartéine, morphine, sérum anti-strepto.

Le 4 février. — Hémoculture +. E. G. de la femme est de plus en plus mauvais. Ventre ballonné. Perte d'urine et de matières. Faciès grippé, jaune violacé, dyspnée intense (40 à 50 R. par minutes). Rhumatismes — état de stupeur qui alterne avec un état d'agitation extrême. Cependant, à l'interrogatoire, elle dit qu'elle se sent bien.

6 février. — Erysipèle plus arthrite à streptocoque. Hémoculture + au strepto. L'état général va s'aggravant.

A partir du 1^{er} février on lui a fait prendre 10 gouttes de digitaline. 8 février à 16 heures elle entre dans le coma et meurt le 9 février à 2 heures.

2° Nous n'insisterons pas sur des accidents infectieux persistants : paramérite, annexite, qui ont été signalés comme après toute infection puerpérale, ni sur les **fistules** vésico-vaginales dont nous avons déjà parlé plus haut.

3° Les **cicatrices** vaginales doivent faire poser le problème de leur influence sur les accouchements ultérieurs.

Pareux dans sa thèse (obs. 4) cite le cas où le tissu fibreux d'une intervention antérieure gêna le décollement vésico-utérin; c'est surtout ce qui se produit lorsque l'infection n'a permis qu'une cicatrisation vicieuse. Certains auteurs craignent la rupture au cours du travail, c'est là une crainte qui nous paraît surtout théorique. Sur 3 femmes enceintes, ayant eu une césarienne vaginale antérieure, que nous avons eu personnellement l'occasion d'examiner, nous n'avons trouvé qu'un col portant des incisures peu profondes ayant exécuté une rotation vers la gauche, mais ce col était mobile; les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin souples. L'accouchement fut chaque fois naturel et se passa sans incident. Il semble donc, ainsi d'ailleurs que de nombreuses observations l'attestent, que les accouchements normaux après césarienne vaginale soient la règle.

Voici maintenant quelques-unes des observations auxquelles il a été fait allusion au cours du précédent chapitre :

Obs. II. — Césarienne vaginale à terme pour procidence du cordon. (MM. Jeannin, Chomé, Guédé).

Mme V. M. II pare, 23 ans. D. R. 1^{er} novembre 1926.

Antécédents inconnus :

Première grossesse accouchement normal.

Deuxième grossesse actuelle, a eu deux pertes de sang peu abondantes à 15 jours d'intervalle. Rupture de la poche des eaux chez elle; procidence du cordon; transportée à l'hôpital, le 4 août 27. Admise à la salle de travail. Mise en déclive. Conserve de bons bruits du cœur jusqu'à l'intervention à 11 heures. Césarienne vaginale pour procidence du cordon. Incision du cul-de-sac antérieur et hystérotomie antérieure (Difficulté de décollement).

Incisions postérieures faciles. Présentation du sommet très élevée. Extraction d'une fille vivante pesant 3.580 grammes. Délivrance artificielle immédiate 600 gr. Traitement d'usage.

Obs. III. — César. vagin. pour placenta prævia à terme (MM. Jeannin, Weill Spire). *Décès.*

Mme M. R. III geste, 34 ans.

Admise le 12 avril 1926 à 10 heures du soir à la suite d'une seule perte sanguine qui aurait été considérable.

Antécédents physiologiques. — Règles à 12 ans, régulières et douloureuses.

Antécédents obstétricaux. — 1^{re} grossesse 1918. Accouchement normal. Enfant vivant. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse 1920, F. C. de 3 mois.

Troisième grossesse actuelle, D. R. 28 juillet, U. N.

Examen d'entrée. — Siège en bas, dos à droite, tête dans l'hypocondre gauche. Ausc. +.

25 avril. — Pertes insignifiantes.

29 avril. — Très légères pertes.

1^{er} mai. — Brusquement la femme perd très abondamment et accuse quelques contractions douloureuses. Dilatation de 2 à 5 francs. Ausc. +. Hémorragie continue de plus en plus inquiétante. L'intervention est décidée, on pratique la C. V. Abaissement du col. Colpotomie ant. Incision ant. du S. I. Colp. post. Inc. post. du S. I. Extraction par version podalique d'une fille vivante pesant 3.250 grammes.

Pendant la version et l'extraction le placenta incéré en avant sort en partie de l'orifice vulvaire. La malade saigne modérément durant l'intervention. Délivrance immédiate, réparation des incisions. Tamponnement. Soins d'usages. L'utérus est mou. La femme perd très peu. Pouls très rapide, petit, extrémités froides. On lui refait de l'ergotine et du sérum. I. V. — E. G. s'aggrave On retamponne par prudence. Adrénaline. Spartéine. Sérum sous-cut. Transfusion. Oxygène. Adrénaline intra-cardiaque.

La femme meurt à 13 heures 30.

Enfant bien portant.

Obs. IV. — *César. Vagin. Placenta prævia. Grossesse gémellaire.*
(M. Weill Spire). *Décédée.*

Mme B. M. IV pare, 26 ans.

Admise le 31 juillet 1928 pour pertes sanguines.

Réglée à 15 ans, irrégulières douloureuses.

Première grossesse : 23 ans, accouchement nat. à terme, fille vivante, 3.500 grammes.

Deuxième grossesse : 24 ans, accouchement nat. à huit mois et demi, fille vivante, 2.500 grammes.

Troisième grossesse : 26 ans, accouchement nat. à terme, garçon vivant, 3.250 grammes.

Quatrième grossesse : D. R. 4 décembre. U. N.

Le 1^{er} août. — Examen : Peut être grossesse gémellaire col long, déhiscent, pertes sanguines.

Le 2 avril. — Hauteur utérine 38 cm. Pendant son séjour au dortoir, a perdu chaque jour (4 à 5 garnitures).

Le 5 août. — La femme présente des cont. utérines doul. et des hémorragies.

Examen d'entrée. — Dilatation 2 francs. Membranes intactes. Présentation élevée. Ausc. +.

Toute la soirée la femme continue à perdre des caillots. La dilatation reste sensiblement la même, les contractions sont fortes et l'ausc. +. A 21 heures, devant l'état de la femme, M. Weill consulté décide l'intervention. On fait du sérum et de l'huile camphrée.

A 21 heures 15 césar. vaginale sous anesth. suivie de version.

1^{er} jumeau. Extract. d'un garçon facil. ranimé pesant 2.120 grammes.

2^e jumeau. Extract. d'une fille ayant fait quelques inspirations après une demi-heure de soins, pesant 2.350 gram.

Délivrance immédiate (2 masses distinctes) poids. 820.

Après la délivrance la femme continue à perdre abondamment. On fait à la femme du sérum, huile camphrée. Hypophyse, ergotine, lit en déclive.

La femme est très agitée et se sent mal, on la réchauffe sans cesse, on lui donne un ballon d'oxygène et commence une transfusion.

Mais la malade meurt à 23 heures 30.

Obs. V. — *Césarienne vaginale pour fibrome du corps, à terme* (MM. Jeannin, Pareux, Weill Spire). *Décédée.*
Mad. D. I pare, 37 ans est admise le 25 juillet 1926 à la

salle de travail pour contractions utérines douloureuses. Antécédents héréditaires, physiologiques, pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse actuelle à terme. La malade étant porteuse d'un fibrome est mise en observation au dortoir pendant quelques temps et retourne ensuite chez elle.

Ressentant les premières douleurs, elle vient à la Pitié où elle est admise le 25 juillet.

Examen d'entrée. — Tête mobile au-dessus du D. S. Dos à gauche. Ausc +. Toucher : membranes intactes, dilatation 2 frans.

M. Weill examine plusieurs fois la malade et constate que la tête reste toujours élevée, la dilatation restant sensiblement la même.

Le 26. — Examen de M. Jeannin : Tête toujours haute, dilatation 5 frans. Il décide l'intervention.

Intervention. — Césarienne vaginale. Incision ant. et post. du col. Ecoulement d'une grosse quantité de sang. Extraction assez difficile d'un fœtus. A la suite de cette extraction nouvelle hémorragie.

Sutures. Tamponnement.

La malade fait du *schock*, le pouls n'est plus perçu à la radiale, on lui injecte alors 1.500 cc. de sérum physiologique rétro-mammaire et intra-veineux, 20 cc. H. C.

Transfusion de 250 grammes.

La malade passe un assez bon après-midi quoique étant très agitée, à 17 heures 30 enlèvement du tamponnement à la suite de quoi la malade fait à nouveau du *shock*. La femme est pâle, ses muqueuses se décolorent. Traitement d'usage : 1 cc. d'adrénaline intra-veineuse. 1 cc. de caféine. 1 cc. de spartéine. 20 cc. huile camphrée éthérée. 2 cc. ergotine.

Nouvelle transfusion.

La malade meurt à 18 heures 15.

Obs. VI. — *Césarienne vaginale au terme de 7 mois pour éclampsie. Craniotomie (M. Sureau, Cheynet). Guérison.*

Mme B. I pare. 18 ans.

Admise à la salle de travail le 19 décembre 1928 à 10 heures 30 pour crises d'éclampsie.

Antécédents sans intérêt.

Première grossesse actuelle D. R. 18 avril. N'a jamais eu d'alb., a présenté seulement 3 jours avant l'accès, brusquement de l'œdème des membres inférieurs.

Examen d'entrée. — Grossesse de 7 mois environ. Pas d'auscultation. Col fermé. La malade a fait trois crises d'éclampsie chez elle où elle a eu une saignée. A 11 heures 20 on note la première crise depuis son admission à la Pitié. T. A. 14, 11.

M. Weill ordonne un lavement de chloral. On fait une nouvelle saignée de 300 grammes.

L'analyse des urines décèle de l'albumine en abondance : 12 grammes.

Puis la malade fait successivement 16 crises d'éclampsie jusqu'à 21 heures. Examen de M. Sureau à 20 heures 55 : T. A. 20, 8. Pouls extrêmement rapide, incomptable. Col incomplètement effacé, perméable. Anurie. Enfant mort.

On décide d'intervenir. Césarienne vaginale. Craniotomie sur tête dernière. Extraction d'une fille macérée pesant 1.720 grammes, délivrance artificielle immédiate pesant 350 grammes.

Episiotomie. Sérum glucosé. Ergotine. H. C., mèche utérine et vaginale. A minuit la femme n'a pas refait de crise et est tout à fait tranquille.

Le 20 à 6 heures on enlève les mèches, de 9 à 10 heures la femme est très agitée puis elle reste prostrée jusqu'à 16 heures. Elle devient alors de nouveau très agitée. Puis toute

la nuit la femme reste calme. Elle reprend toute sa lucidité le 21 au matin. Disparition de l'albumine.

2, gr. le 20
0,25 » le 21
0,25 » le 22.

Courbe d'urine :

750 gr. le 20
1.500 » le 21
1.275 » le 22
500 » le 23
575 » le 24
1.000 » le 25
1.000 » le 26
975 » le 27

Le 3 janvier la femme a eu du pus dans ses urines, disparition rapide par le vaccin anticolibacillaire du Dr Fisch.

La température est revenue rapidement à la normale.

Obs. VII. — *Césarienne vaginale à terme, pour bassin légèrement rétréci. Lenteur du travail et température. Hystérectomie pour rupture utérine (MM. Jeannin, Cheynet). Décès.*

Mme. R. C. V pare Vl geste, 26 ans est admise à la salle de travail le 5-11-28 à 2 heures pour contractions utérines douloureuses.

A. H. Mère b. p., père inconnu.

A. Ph. A marché à 17 mois. Régée à 14 ans et demi. Règles irrégulières et indol.

A. obs. Première grossesse en 1921. Accouchement naturel à terme. Evol. normale.

Deuxième grossesse en 1923, accouchement naturel. Evol. normale.

Troisième grossesse en 1924. Accouchement naturel, fille vivante 2 kgr. 700, décédée à 2 ans et demi.

Quatrième grossesse en 1925. Accouchement naturel, fille vivante 3 kgr., décédée à 18 mois.

Cinquième grossesse en 1927. Avortement de six mois.

Sixième grossesse actuelle D. R., 29 janvier, urine normale. Évol. normale.

Examen d'entrée. — Dos à droite. Tête en bas. Ausc. + Poche des eaux intacte. Col dilatable comme 5 francs.

Deuxième examen. — Col non entièrement effacé. Poche des eaux qui bombe. Ausc. + dilatation 2 francs.

Examen de M. Sureau, 9 h. 30, le 6-11-28.

Au toucher tête plongeant dans l'excavation. Dilatation 5 francs. La femme dit avoir été longtemps au travail dans ses accouchements précédents. En raison de la paresse utérine et de l'absence des contractions, de la petite tête de l'enfant et de son état de multipare, M. Sureau décide de faire un-demi cc. d'hypophyse en surveillant le nombre des contractions et leur durée.

Rupture spontanée de la poche des eaux.

10 heures 30. La femme étant à dilatation complète et les contractions utérines se rapprochant on la fait pousser.

12 heures 45. La femme n'a plus de douleurs, un toucher montre que la dilatation a regressé et n'est plus qu'à 2 fr. Auscultation bonne.

13 heures 50. On refait à la femme un demi cc. d'hypophyse. Aussitôt après les contractions utérines augmentent. Leur durée est d'une minute et l'intervalle des contractions est de 3 à 5 minutes.

A 16 heures. Examen de M. Sureau.

Au toucher, tête dans l'excavation. Dilatation 5 francs. Les contractions utérines s'espacent de plus en plus.

Injection vaginale très chaude.

La femme est calme et repose toute la nuit.

Le 7 novembre température à 38°.

A 9 heures. La femme ressent une douleur suivie d'autres douleurs environ toutes les 10 minutes.

Au toucher tête dans l'excavation. Dilatation 5 francs, ausc. +. Les contractions utérines se reproduisent toutes les 5 minutes.

A 10 heures. Examen de M. Jeannin :

Au toucher la femme présente un bassin légèrement rétréci, la tête fœtale reste mobile au D. S. Il y a œdème du col et une dilatation restée à 5 francs. Par suite de l'extrême longueur du travail (72 heures), d'une dilatation ne progressant pas, d'une poche des eaux rompue depuis 26 heures et de l'élévation de température. M. Jeannin décide d'intervenir.

10 heures 15, MM. Jeannin et Cheynet pratiquent une césarienne vaginale :

Incision antérieure et post. du canal cervico-segmentaire. Extraction par version podalique d'une fille vivante pesant 2.900 grammes.

Délivrance artificielle pesant 600 grammes. Après revision utérine, catguts sur l'incision antérieure. Tamponnement utérin et vaginal.

Injection de 500 cc. de sérum. H. C., caféine, spartéine.

15 heures. La femme ayant eu un début de syncope on fait une nouvelle injection de 5 cc. d'H. C. et 1 cc. de caféine.

17 heures. On enlève le tamponnement et on fait 5 cc. H. C. et un demi-cc. d'éther.

18 heures. On fait une nouvelle injection de 500 cc. de sérum et 500 cc. d'oxygène.

Le 8 novembre, température 37° 5, pouls 136.

9 heures 45. Examen de M. Sureau. La femme a eu des vomissements pendant la nuit, elle recommence à vomir. Facies fatigué. Pouls rapide et régulier à 136. Douleurs

abdominales spontanées région sus-ombilicale. Douleur à la pression le long du bord gauche de l'utérus sans qu'il existe de contracture particulière à ce niveau.

A 11 heures. Passage de la malade à Siredey. Hystérectomie. Rupture de l'utérus (extension transversale). Mikulicz.

A 15 heures, pouls très petit, incomptable, extrémités froides, la femme respire avec peine.

Le 10 novembre. — La femme a reposé pendant la nuit. Temp. 37. Pouls 108. Resp. 32.

On fait un abcès de fixation.

Digitaline XL gouttes, 80 cc. de sérum anti-strepto.

Le 11 novembre. — Digitaline XL gouttes. Temp. 39,4. Pouls 140.

Le 12 novembre. — Dans l'après-midi la femme à des hoquets. Vomissements poracés, temp. 38,5. P. 116. R. 36.

On décide d'intervenir : ablation des crins et des fils de bronze. Ablation du Mickulicz et du drain vaginal. Mise en place par le moignon du col d'une mèche iodoformée allant dans le vagin. Mickulicz, sérum antigangréneux intra-abdominal. Fermeture de la paroi en un plan au fils de bronze et crins.

Le 13 au soir, décès de la malade.

DATE	OPÉRÉE PAR	PARITÉ ET AGE	DIAGNOSTIC	TERME	POIDS DE L'ENFANT	OBSERVATIONS, INCIDENTS OPÉRATIONS	SUITES	
							FEMMES	ENFANTS
1926								
16 janv.	B. S. (obs. n° 19). MM. Jeannin, Denoy.	II pare 24 ans	Cardiopathie.		2.600	Forceps ayant dérapé. Version. Enf. vivant.	Température Sortie bien portante	Bien portant
16 février	D. S. MM. Grenaudier, Weill Spire.	II pare 31 ans	Eclampsie.	8 mois	2.000	Incis. antérieure. For- ceps dérapé. Version.	Sortie bien portante	Mort-né.
1 ^{er} mars	B. I. (obs. n° 21). MM. Jeannin, Pareux, Weill-Spire.	V pare 28 ans	Plac. Prævia. Hémorr.	à terme	3.200	Version.	Sortie bien portante	Bien portant
19 avril	P. A. (obs. n° 22). MM. Jeannin, Pareux, Weill-Spire.	I pare 36 ans	Enfant mort depuis 2 j. Memb. rompues. Té- tanic. de l'ut.	à terme	3.350 sans mat. céréb.	Basiotripsie.	Température Sortie bien portante	
1 ^{er} mai	M. R. (obs. n° 3) MM. Jeannin, Weill- Spire.	III pare 34 ans	Plac. Prævia	à terme	3.250	Vers. hémor. Ergot., hypoph., H. C. sér. Transf. adrén. intra- card. 2 t., op. 11 h. 30	Décès à 13 h. 15.	Bien portant
1 ^{er} mai	B. M. Weill-Spire.	VI pare 32 ans	Plac. Prævia.	7 mois	1.550	Version.	Sortie bien portante	?
25 juill.	A. M. Pareux, Mlle Syl- vestre.	I pare 20 ans	Crises répétées d'épilep.		2.650	Version.	Température Sortie bien portante	Mort-né.
26 juill.	D. (obs. n° 5). MM. Jeannin, Pareux, Weill-Spire.	I pare 37 ans	Fibrome du corps.	à terme	3.560	Version. Hémor. et shock après interv. opérée à 12 h. 15.	Décès à 18 h. 5	Vivant.
18 août	M. E. (obs. n° 10). MM. Pareux, Jeannet.	II pare 22 ans	Plac. Prævia.	8 mois	2.980	Version	Sortie bien portante	Vivant.
1927								
7 janv.	L'H. MM.	IV pare 27 ans	Souffr. fœt. Non effac.	à terme	3.950	Forceps.	Sortie bien portante	Vivant.
21 février	R. MM. Denoy, Robin.	I pare 28 ans	Bassin rétréci et lenteur du travail.	presque à t.	3.150	Forceps. Hypophyse, ergotine, sérum.	Température les 1 ^{re} 5 ^e et 7 ^e j. Phlébite Sort le 60 ^e jour bien portante	Vivant.
21 février	S. L. MM. Jeannin, Denoy, Mlle Bœgner.	II pare 33 ans	Non progression du tra- vail et hémorragie.	à terme	3.230	Version. Difficulté pour abaissier les bras.	Sortie bien portante	Mort-né.
11 mars	L. M. MM. Chomé, Denoy.	I pare 24 ans	Pyélonéphrite grave et ictère.		1.050		Sortie bien portante	Mort 1 h. après.
21 avril	B. L. (obs. n° 11). MM. Jeannin, Chomé.	II geste 34 ans	Insertion vicieuse du pla- centa. Hémorragies.	7 mois	1.570	Version. Incis. ant. et post. avait eu une myomectomie.	Température. 38° le 3 ^e jour. Sortie bien portante.	Mort 4 j. après.
21 mai	P. B. M. Denoy, Mlle Bœgner	I pare, II geste 27 ans	Enfant mort.	à terme	3.460 sans mat. céréb.	Forceps, puis basiotrip- sie. Tampon. utérin. Schock.	Décès pendant l'opération	
1 ^{er} juin	N. J. M. Chomé, Mlle Bœ- gner.	IX pare 35 ans	Crises d'éclampsie.		1.300	Opérée à 23 h. Enfant vivant.	Ictère cuisiné Décès à 2 h. 40.	Mort.
6 juin	R. B. MM. Jeannin, Denon, Mlle Bœgner.	I pare 24 ans	Bassin rétréci.	à terme	3.500.	Version.	Temp. pendant 4 j. avec pt. de côté. Sortie bien portante.	Mort-né.
27 juill.	M. A. MM. Jeannin, Chomé.	IV pare 33 ans	Plac. Prævia.	à terme	2.620	Version.	Sortie bien portante	Bien portant.
4 août	V. M. (obs. n° 2). MM. Jeannin, Chomé, Guédé.	II pare 23 ans	Procidence du cordon.	à terme	3.580	Incision ant. difficile, post. facile.	Sortie bien portante.	Bien portant.

	M. Sureau.	22 ans						
17 nov.	D. E. M. Suzor.	I pare 27 ans	Souffr. fœtale.	à terme	3.410	Forceps. Liq. très teinté	Température. 39° le 8 ^e jour. Sortie bien portante.	Bien portant.
26 déc.	C. M. M. Suzor, Mlle Precy	I pare 28 ans	Crises d'éclampsie.	8 m. et dem.	2.500	Forceps. Blessure de l'enfant à la tête.	Sortie bien portante.	Bien portant.
1928 2 février	L. M. (obs. n° 9). MM. Sureau, Suzor.	IV pare, V geste 37 ans	Plac. Prévia.	8 mois	2.490	Forceps.	Sortie bien portante.	Bien portant.
15 février	A. V. MM. Jeannin, Suzor.	V pare 27 ans	Plac. Prévia central.	8 mois	2.720	Forceps.	Sortie bien portante.	Bien portant.
22 février	F. MM. Jeannin, Sureau, Suzor.	I pare 28 ans	Cardiopathie.	7 mois	1.550	Siège. Opérée à 12 h.	Décédée à 17 h. 30.	?
25 février	V. M. MM. Jeannin, Sureau, Suzor.	VII geste, III pare 38 ans	Adh. du pôle inf. de l'œuf.	à terme	2.960	Version. Schock.	Sortie bien portante.	Bien portant.
28 mars	B. M. Sureau, Mme Mugnier.		Avortement thérapeu- tique pour tub. pulm.			Incis. du col apr. décol. de la ves. Extract. d'un fœt. morcell. préalabl. Extr. du Placent. p. cur. digit.	Sortie vivante.	
26 juill.	P. (obs. n° 12) MM. Sureau, Cheynet.	III pare 30 ans	Grosses. angul. et pertes de sang.	4 mois		Extract. du fœtus par morceaux. Réunion du col à la ves. par 3 points.	Sortie bien portante.	
1 ^{er} août	M. C. MM. Jeannin Weill- Spire.	VI geste 32 ans	Avortement thérapeu- tique. Hémorragies.	4 m. et dem.		Incis. ant. du col.	Sortie bien portante.	
5 août	B. M. (obs. n° 4). M. Weill-Spire.	IV pare 26 ans	Plac. Prévia.	8 mois	2.120 2.350	2 Version Gémellaire. Hémorr. après opér.	Décédée.	1 m. 1 b. p.
7 août	E. M. (obs. n° 13). M. Weill-Spire.	I pare 23 ans	Rétention d'œuf mort.	7 m. et dem.		Tamponn. sérum anti- strepto.	Petit crochet à 38°5 le 2 ^e j. Sortie bien portante.	
28 août	C. L. (obs. n° 18). MM. Sureau, Cheynet.		Hématome rétro-pla- cent. Apoplexie utér.	7 m. et dem.	1.060	Absence de S. I. Impos. d'extraire le fœtus par voie basse. Hyst.	Légère temp. Sortie bien portante.	Mort-né.
31 août	T. E. (obs. n° 15). M. Cheynet, Mlle Pa- quelin.	II geste 24 ans	Rétention d'œuf mort.	5 mois			Sortie bien portante.	
8 sept.	G. J. M. Cheynet.	I pare 22 ans	Lenteur du Tr. Bas. légèr. rétréci. Insertion latér. marginale du plac.	à terme	3.350	Forceps. Extract. dif. Enf. mort appar. forme blanche non ranimé. Tamponn.	Température. Sortie bien portante.	Mort.
13 sept.	D. R. (obs. n° 14). M. Cheynet, Mlle Ata- nasiu.	I pare, II geste 21 ans	Rétention d'œuf mort en voie de transf. kyst.			Inf. ant. Mèche sérum anti-strept.	Température. Sortie bien portante.	
15 sept.	C. A. (obs. n° 8). MM. Sureau, Cheynet.	XI pare 46 ans	Hémor. par cont. de l'abd.	6 m. et dem.	800	C. V., car on pensait à un plac. prévia. A 17 h. 30. Enfant mort et macéré. Sér.	Décès quelques instants après l'opération.	Mort et macéré.
7 nov.	R. C. (obs. n° 7). MM. Jeannin, Cheynet.	V pare, VI geste 26 ans	Bassin légèr. rétréci. Lent. du Tr. et temp.	à terme	2.900	Version. Hystérectomie pour rupture utérine.	Température Décédée.	Vivant.
2 déc.	R. Y. MM. Sureau, Cheynet.	III pare 33 ans	Plac. Prévia.	5 m. et dem.	840		Température Sortie bien portante.	Mort.
12 déc.	D. G. MM. Jeannin, Mlle Tis- serand, M. Cheynet.	I pare 23 ans	Eclampsie.	8 mois	1.750	Enfant. Etat de mort app. Ran. après 15 m.	Sortie bien portante.	Bien portant.
19 déc.	B. (obs. n° 6). MM. Sureau, Cheynet.	I pare 18 ans	Eclampsie.	7 mois	1.720	Craniotomie sur tête dern. Enfant macéré.	Sortie bien portante.	
31 déc.	J. M. Cheynet.		Rétention d'œuf mort.	5 mois	360	Tamponnement utérin avec sér. antistrepto.	Sortie bien portante.	

PRONOSTIC

Nous avons limité notre statistique aux trois années 1926-1927 et 1928. En ces 3 années, 41 césariennes vaginales furent opérées dans le service du Professeur Jeannin; elles se répartissent de la façon suivante :

9 cas en 1926
13 cas en 1927
19 cas en 1928

Voir le tableau hors-texte de ces différents cas résumés.

Sur ces 41 césariennes vaginales nous n'en retiendrons que 40, l'une d'elles en effet fut une erreur de diagnostic, le cas n'était pas justiciable d'une césarienne vaginale, mais d'une hystérectomie, opération qui fut d'ailleurs pratiquée par la suite mais malheureusement trop tard. L'erreur était facile à commettre, une tentative d'avortement criminel par traumatismes portés sur l'abdomen au terme de 6 mois et demi environ est une chose plutôt rare, et nous n'y avons pas pensé, la femme en outre ne portait aucune trace de contusions externe, elle ne comprenait pas un mot de français, et si même elle eût été française, l'eût-elle avoué? Voici d'ailleurs

l'observation de ce cas. On comprendra que nous ne puissions en tenir compte dans notre statistique.

Obs. VIII. — Césarienne vaginale (M. Cheynet, Mlle Tissandier) pour hémorragies au terme de 6 mois et demi suivie d'hystérectomie totale (MM. Sureau, Cheynet). Décès.

Mme C. A. nation. tzigane. XI^e pare. 46 ans, enceinte d'environ 6 mois et demi. Admise le 15-9-28 dans le courant de l'après-midi pour pertes sanguines. En surveillance à la salle de travail : l'hémorragie continue. Tout interrogatoire est impossible, la femme ne comprenant pas le français.

On pense à une placenta prævia bien que le toucher ne fournisse aucun renseignement à cet égard.

A 16 heures. Examen de M. Weill-Spire, qui rompt les membranes. L'hémorragie s'arrête aussitôt pour reprendre rapidement d'une intensité telle qu'une évacuation immédiate de l'utérus est décidée.

17 heures 15. Césarienne vaginale (M. Cheynet, Mlle Tissandier).

Femme très saignée, pouls filant. Col entr'ouvert, pro-cidence du cordon. Décollement de la vessie et du péritoine. Incision médiane antérieure de l'utérus, peu de sang, quelques difficultés pendant la section du segment inférieur, qui, mince et friable, se déchire sous les pinces.

Extraction facile d'un fœtus mort et macéré par version. (poids 800 grammes). Délivrance immédiate facile.

Révision rapide de l'utérus :

L'incision s'est légèrement propagée vers le haut, la déchirure du segment inférieur atteint le cul-de-sac péritonéal. Suture assez difficile au catgut de l'incision utérine et de la déchirure. Un catgut fixe la vessie au col.

Tamponnement intra-utérin et vaginal au niveau du cul-de-sac antérieur.

Sérum sous-cutané et intra-veineux pendant l'intervention
Solucamphre intra-veineux, oxygène sous-cutané, adrénaline, etc.. La femme est mieux et son pouls est meilleur.

20 heures. L'état de la femme s'aggrave rapidement. Pouls misérable. Facies cireux.

Transfusion de sang.

21 heures 30. Hystérectomie totale (durée 17 minutes) (MM. Sureau, Cheynet). Sang dans l'abdomen.

A la face postérieure de l'utérus, près du fond, on constate 3 plaies linéaires horizontales non perforantes, comme si l'utérus avait heurté violemment le promontoire.

Le placenta était normalement inséré sur la face antérieure de la cavité utérine près du fond. Il ne restait aucun débris. La malade meurt quelques instants après l'opération.

Des parents et le mari de la malade ont assuré qu'elle s'était porté et fait porter des coups violents sur l'abdomen, ne voulant à aucun prix avoir un onzième enfant.

Cette observation retranchée, il nous reste donc 40 cas :

24 cas avant terme;

16 cas à terme.

Voyons séparément ces deux groupes, ils diffèrent totalement :

A) Avant terme :

en 1926 : 5 cas; 0 décès; 2 suites fébriles;

en 1927 : 4 cas; 1 décès; 1 suite fébrile;

en 1928 : 15 cas; 2 décès; 5 suites fébriles;

Ce qui nous fait au total :

24 cas : 3 décès; 14 suites fébriles.

Et en apparence :

une mortalité de 12,5 %;

une morbidité de 58,3 %.

Mais si nous examinons de plus près ces 24 cas, nous voyons qu'ils sont composés de :

7 cas de plac. prævia avec 1 décès par hémorragie;

5 cas d'éclampsie avec 1 décès par ictère;

4 rétentions d'œuf mort, sans décès;

2 avortements therap. sans décès;

2 cardiopathies avec 1 décès par insuffisance cardiaque;

1 grossesse angulaire sans décès;

1 hématome rétro-placentaire sans décès;

1 épilepsie sans décès;

1 pyélonéphrite grave sans décès.

On ne saurait vraiment mettre sur le compte de la césarienne vaginale le décès par ictère au cours de l'éclampsie, ni celui par insuffisance cardiaque chez une cardiopathe en période de décompensation, et même dans le cas de décès par hémorragie post-opératoire après intervention pour placenta prævia avec grossesse gemellaire (obs. 4); il semble bien que la gemellité cause de l'hémorragie post-opératoire par inertie soit plus coupable d'avoir achevé cette femme déjà abondamment saignée, que l'intervention elle-même. En somme, d'après ces 24 cas, nous pouvons conclure que la *césarienne vaginale avant terme n'est pas mortelle*.

En ce qui concerne la morbidité, sur les 8 cas suivis de température parfois bien légère, nous trouvons

4 températures sans cause apparente : 3 par infection préalable; 1 chez tuberculeuse.

La morbidité serait donc 2 fois moins grande que la statistique non critiquée semble le montrer.

B) **A terme :**

en 1926 : 4 cas; 2 décès; 1 suite fébrile;

en 1927 : 9 cas; 1 décès; 3 suites fébriles;

en 1928 : 3 cas; 1 décès; 1 suite fébrile et 1 shock.

Ce qui nous fait donc au total :

16 cas : 4 décès; 6 complications.

Soit donc :

une *mortalité* de 25 %;

une *morbidité* de 37,5 %.

Détaillons ces 16 cas, ils sont composés de :

5 pour placenta prævia avec 1 décès par hémorragie;

3 pour souffrance foetale sans décès;

3 pour bassin rétréci avec 1 décès par rupture utérine;

2 pour enfant mort avec 1 décès par hémorragie et shock;

1 pour fibrome avec 1 décès par shock ;

1 pour adhérence du pôle inf. sans décès;

1 pour procidence du cordon sans décès.

L'hémorragie cause de mort du cas de placenta prævia ne semble pas être imputable à l'intervention. La femme était très saignée avant, et l'opération fut à peine sanglante (obs. 3).

Mais pour les 3 autres décès, l'opération en est évidemment la cause.

Les complications non mortelles sont fournies par :

1 shock sans gravité et 5 températures :

1 par phlébite;

1 par suite d'une indigestion avec point de côté (?);

1 par infection préalable;

1 après basiotripsie;

1 après lenteur du travail et extraction difficile.

Nous concluons que *la césarienne vaginale à terme, opération d'urgence, est une intervention relativement grave et choquante.*

C) Nous n'avons rien dit jusqu'à présent du pronostic foetal, nous donnerons seulement les chiffres suivants :

en 1926 : fœtus morts	1
mort-nés	2
bien portants	5
prémat. sans rens. ..	1
en 1927 : fœtus morts	1
mort-nés	2
morts après nais. ...	3
bien portants	7
en 1928 : fœtus morts	9
mort-nés	4
bien portants	6
prémat. sans rens. ..	1

Soit au total :

fœtus morts	11
morts-nés	8
morts après nais. ...	3
prémat. sans rend. ..	2
Bien portants	18

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA CESARIENNE VAGINALE

D'une façon générale, l'étude qui précède montre que la césarienne vaginale reconnaît comme indications :

- 1° Le placenta prævia;
- 2° L'éclampsie avant travail;
- 3° Les rétentions de fœtus morts;
- 4° Des affections où l'état de grossesse met la vie de la mère en danger, telles que : cardiopathies, tuberculose, pyelonéphrites graves, épilepsie, hémorragies diverses par grossesse angulaire, endométrite, décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, hématome rétro-placentaire, etc.;
- 5° Des accidents mettant la vie de l'enfant en danger, tels que : procidence du cordon, souffrance fœtale par lenteur du travail ou même dans certains cas de bassins légèrement rétrécis, enfin nous ajouterons les césariennes vaginales post-mortem ou à l'agonie.

Les contre-indications sont avant tout les obstacles, prævia irréductibles; ensuite sans cependant être une contre-indication formelle, l'infection amniotique grave,

l'absence ou l'insuffisance d'ampliation du segment inférieur mais à terme seulement, enfin les cas où l'on ugera que l'on a le temps et qu'une autre intervention paraîtra moins dangereuse.

Voyons donc plus en détail et en s'appuyant sur quelques observations ces indications. Nous résumerons en même temps les précédents chapitres dans l'étude de la césarienne vaginale avant terme et de la césarienne vaginale à terme.

LA CESARIENNE VAGINALE AVANT TERME

Comme nous l'avons vu, c'est une excellente intervention, sans gravité, n'offrant pas de grandes difficultés dans son exécution.

On la pratiquera chaque fois qu'il y a nécessité d'agir vite, et chaque fois que les procédés de dilatation lente paraîtront insuffisants ou dangereux. Les dilatations rapides instrumentale ou manuelle seront systématiquement rejetées : ce sont des procédés aveugles et brutaux. L'état du segment inférieur n'aura à ce moment que peu d'importance, car le fœtus est petit, aussi l'hystérotomie antérieure suffira-t-elle le plus souvent. Il faudra se souvenir cependant qu'il vaut mieux faire des incisions trop généreuses que de risquer une rupture.

Nous rapportons ci-dessous quelques observations de césariennes vaginales avant terme, dues à l'obligeance de M. le Professeur Jeannin.

(Se reporter en outre aux observations nos 4 et 6.)

Obs. IX. — *César. vagin. pour plac. prævia. Enfant prématuré. Forceps* (MM. Sureau, Suzor). *Guérison.*

Mme L. V. geste, IV pare. 37 ans.

Admise le 1^{er} février 1928 à 22 heures pour contractions utérines douloureuses.

Première grossesse 1922. Accouchement artificiel à terme, fille vivante, 3.000 grammes.

Deuxième grossesse, 1924. Accouchement natur. à terme, garçon vivant, 3.000 grammes.

Troisième grossesse 1924. Accouchement natur. à terme, garçon 2.750 grammes, décédé à 11 mois de méningite.

Cinquième grossesse actuelle D. R. 20 mai, U. N.

2 février. — à 1 heure C. V. pour plac. prævia sur enfant prématuré. Forceps sur sommet en OIGA. dégagement en OP.

Garçon vivant pesant 2.490 grammes. Délivrance artif. et compl. 590 grammes.

Sérum, H. C. éther, ergotine, hypophyse, adrénaline.

Suites normales. A la sortie mère et enfant bien portants.

Obs. X. — *Césarienne vaginale à 8 mois pour Placenta Prævia.*

Version (MM. Pareux, Jeannet). *Guérison.*

Mme N. E. II pare, 22 ans, est admise à la salle de travail le 18 août 1926 pour contractions utérines douloureuses et pertes sanguines.

Antécédents sans intérêt.

Ant. obst. : première grossesse en 1925 : accouchement naturel à terme naissance d'une fille vivante, pesant 3.500 gr. décédée à 7 mois et demi. S de C. normales.

Deuxième grossesse actuelle D. R. 26 novembre. La femme dit avoir perdu depuis ses 6 mois et demi de grossesse, dans la nuit de 17 au 18 août les pertes sont plus abondantes, la femme vient à la Pitié à 15 heures. Intervention à 17 h., le 18 août (M. Pareux).

Césarienne vaginale suivie d'extraction du fœtus par version podalique. Sans incidents.

Fille vivante pesant 2.980 grammes.

Délivrance immédiate pesant 600 grammes. Tamponn. utéro-vaginal. Ergotine. Hypophyse. H. C., sérum physiologique rétro-mammaire 500 à 2 heures et demie, extraction sans incidents de la mèche vaginale et des deux mèches utérines.

Suites normales. La mère et l'enfant sortent bien portants.

Obs. XI. — Césarienne vaginale avant terme pour insertion vicieuse du placenta. Version (MM. Jeannin, Chomé). Guérison.

Mme B. L. II geste de 34 ans.

A. H. Père décédé bronchite (?). Mère bien portante. 3 col-lat. décédés de tub. pulmonaire.

A. Ph. marché à 10 mois, nourrie au sein. Réglée à 14 ans, régulières, indolores.

Ant. Pathol. Fibrome qui a provoqué un avortement de 5 mois à la première grossesse.

Ant. obst. : en 1928. Avortement de 5 mois. Myomectomie 4 mois après.

Deuxième grossesse actuelle D. R. 12 septembre. Urines norm. Hémorragies.

Le 12 avril à 11 heures 15. Césarienne vaginale pour insertion vicieuse du placenta (MM. Jeannin, Chomé). Incision antérieure et postérieure. Version podalique et extraction d'une fille vivante pesant 1.570 grammes.

Délivrance artificielle immédiate 420 grammes. Sans incidents.

H. C. 20 cc. Sérum physiologique sous-cutané. Suites : température à 38° le troisième jour, puis sortie bien portante.

Enfant mort le quatrième jour.

Obs. XII. — *César. vagin. gross. angul. Av. terme* (MM. Sureau, Cheynet). *Guérison.*

Louise P. III pare, 30 ans. D. R. 8 mars 1928. U. N.
Première grossesse 1928, évolution normale, fille pesant, 250 gr.

Deuxième grossesse 1925, évolution normale, fille 4.000 gr.

Troisième grosses actuelle.

Pendant les 3 premiers mois la grossesse évolue normalement. Depuis le 1^{er} juin la femme dit perdre environ tous les 15 jours pendant 4 à 5 jours, pertes abondantes, la femme doit garder le lit.

Le 15 juillet la femme fait une forte hémorragie. Une sage-femme appelée lui conseille d'entrer à la Pitié.

Examen d'entrée : Toucher. — Col long, à peine déhiscent, un peu en arrière. Pertes sanguines.

Palper. — Utérus remontant à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Reins douloureux surtout la nuit.

Auscultation. — Les bruits du cœur ne sont pas perçus bien que la femme accuse des mouvements actifs du fœtus.

19-7-28. La palpation montre une tumeur arrondie au niveau de la corne droite. Cette tumeur de la grosseur de deux poings est latéro-ombilicale droite. Le fond de l'utérus est à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la ligne ombilico-pubienne.

B. du C. non perçus. Hémorragies. On diagnostique grossesse angulaire avec menace d'avortement.

20-7-28. Utérus régularisé comme forme, consistance plus ferme que la veille.

Le fond remonte à l'ombilic, la tumeur de l'angle à disparu B. du C. non perçus. Pas d'albumine. Hémorragie abondante (1 serviette) dans la nuit.

Toucher col long perméable.

21 juillet. L'utérus à repris la même forme et la même situation que le 19.

La femme dit sentir remuer. B. du C. non perçus.

23 juillet. Même situation, dim. des hémorr. B. du C. non perçus.

Num. globulaire : rouges, 2.360.000; blancs, 5.800.

A 23 heures on passe la femme à la salle de travail pour hémorragies.

Le 24 juillet. Les pertes s'étant arrêtées on remet la femme au dortoir.

Num. globulaire : rouges, 2.200.000; blancs, 5.400.

Les pertes recommencent dans la nuit ainsi que les douleurs.

Le 26 juillet. Les pertes continuent, on décide l'intervention.

C.V. pour gross. angul. et pertes sanguines au terme de 4 mois environ.

Extraction du fœtus en deux parties, corps et tête. Délivr. artif immédiate. Curettage et révision utérine. Catgut sur le col. Réunion de la vessie au col par 3 points séparés au catgut.

H. C. Sérum physiologique, anthema.

Sortie bien portante.

Obs. XIII. — *César. vagin. Retent. œuf mort* (M. Weill-Spire). *Guérison.*

Mme E. M. I pare, 23 ans.

Admise le 4 août 1928 pour rétention d'œuf mort:

Réglée à 13 ans environ, r. irrégulières, doulr. abund.

Première grossesse actuelle, D. R. 10 janvier. U N.

La femme a eu une grossesse normale, mais dit n'avoir jamais senti remuer. Depuis environ 6 semaines son abdomen diminue de volume. Depuis environ 2 mois et demi elle a du lait.

Elle vient consulter à la Pitié où elle est admise.

Examen d'entrée. — Utérus arrivant à l'ombilic. Ausc. négative.

7 août. Passage à la salle de travail pour intervention.

12 heures 30. César. vaginale, incision ant. du col. Rupture de la poche des eaux. Extraction d'un enfant mort et macéré. Délivrance artificielle. Injections iodo-iodurée. Tamponnement.

Hypophyse ergotine. Sérum anti-strepto et anti-pneumo. Température à 38,5 le deuxième jour.

Sortie bien portante.

Obs. XIV. — *Césarienne vaginale, pour rétention d'œuf en voie de transformation kystique* (M. Ch ynet, Mlle Atanasiu). *Guérison.*

Mme D. R. I pare, II geste, 21 ans.

Admise au dortoir pour rétention d'œuf mort.

Antécédents sans importance.

Ant. obst : première grossesse en 1926.

Accouchement naturel à terme, garçon vivant pesant 3.500 grammes, actuellement bien portant.

Deuxième grossesse actuelle. D. R. ? urines normales.

La femme dit n'avoir pas eu ses règles depuis le 5 septembre 1927. Elle s'est crue enceinte et pendant les 3 premiers mois elle a eu des malaises et des vomissements. Au bout de 6 mois la femme va voir une sage-femme qui lui dit qu'elle n'est pas enceinte de 6 mois, mais de 3 mois à peine, ou bien que l'œuf est mort. La sage-femme lui a dit de revenir dans un mois et a pris ses mesures utérines. Elle y retourne plusieurs fois et la sage-femme l'envoie à la Pitié. Elle vient pendant 3 mois à la consultation et au bout de ce temps entre au dortoir pour rétention d'œuf mort.

Le 13-9-28 à 12 heures 30. Césarienne vaginale. Après

incision du cul-de-sac antérieur, décollement de la vessie, et incision utérine antérieure, les doigts sont introduits et ne perçoivent pas de fœtus. Evacuation au doigt et à la cuvette d'un œuf en voie de transformation kystique. Suture du col et de la colpotomie. Injection iodée, mèches intra-utérine et vaginale avec sérum antistrepto. Mèches retirées à 19 heures.

Suites normales, la température ne dépasse pas 38°, et revient à la normale le huitième jour.

La femme sort le onzième jour bien portante.

Obs. XV. — *Césarienne vaginale pour rétention d'œuf mort, 5 mois environ* (M. Chaynet, Mlle Paquelin). *Guérison.*

Mme T. E. II geste, de 24 ans, admise au dortoir le 29 août 1928 pour rétention ovulaire.

A. Pathol. — Angine dans l'enfance, crise d'albuminurie vers 12 ans. Salpingite suivie d'un abcès nécessitant une colpotomie.

Ant. obst. — Première grossesse en 1925. Avortement au terme de 4 mois environ, sort le quinzième jour ayant subi la dite colpotomie.

Deuxième grossesse actuelle D. R. 27 février, urines normales.

La femme n'a jamais senti remuer.

Le 31-8-28 à 13 heures 10, césarienne vaginale. Fœtus mort. Délivrance immédiate. Tamponnement utérin et mèche iodoformée.

Suites normales. La malade sort bien portante.

Obs. XVI. — *Césarienne vaginale avant terme pour crises d'éclampsie* (M. Jeannin). *Décès.*

Mme B. A. 42 ans est admise à la Pitié le 18 octobre 1925 à 23 heures 30 pour éclampsie.

A son arrivée la femme est dans le coma. Son fils âgé de 15 ans qui l'a amenée, dit que sa mère a eu des crises, mais ne donne aucun autre détail. On ignore donc totalement le début de l'éclampsie et le nombre des crises.

Examen d'entrée. — Femme dans le coma. Langue mordue. Œdème des chevilles. Ligne brune cicatricielle.

Examen obstétrical. — Grossesse d'environ 7 mois. Tête en bas, dos à gauche. Auscult. +. Toucher col fermé.

T. A. au Vaquez 22-14.

A 23 heures 45, crise d'éclampsie après laquelle la femme retombe dans le coma.

Aussitôt après cette crise on pratique une saignée d'environ 1.000 grammes.

T. A. 17-13. Temp. 37°8. Pouls, 134.

On fait un demi-cc. de morphine. On administre à la femme un lavement évacuateur suivi d'un lavement au chloral.

On lui fait prendre du sirop de chloral et de l'eau lactosée qu'elle rend.

Pendant toute la nuit la femme a eu des contractions utérines légères et des sueurs froides assez abondantes.

Le coma s'est légèrement dissipé vers le matin. La femme perçoit les bruits mais n'a pas l'air de comprendre. Elle prononce quelques mots mais ne semble pas voir.

Examen le 19 octobre à 8 heures du matin. Léger subictère, temp. 36°8. Pouls 92. Au toucher col un peu effacé.

A 10 heures. Crise, tension artérielle, 22-17.

A 11 heures 15. Deuxième crise, nouvelle saignée de 250 gr.

A 11 heures 30, troisième crise, l'ictère s'accroît.

M. Jeannin décide d'intervenir en vidant l'utérus.

Césarienne vaginale et version podalique. Fille vivante pesant 1.850 grammes. Délivrance artificielle immédiate pesant 340 grammes.

Après l'opération, à 12 heures 30, le pouls est à 136 très

petit. On fait 10 cc. H. C.; à 14 heures 30, 10 cc. d'H. C. Dans les heures qui suivent le pouls faiblit de plus en plus, il est filant et incomptable. Sueurs froides très abondantes. Ictère marqué. Etat général mauvais.

A 16 heures 30, temp., 38°5.

A 16 heures 30, crise d'éclampsie. On donne une cuillerée de sirop de chloral.

17 heures 15. Nouvelle crise. On fait 10 cc. d'H. C.

A 17 heures 25. Décès de la malade qui n'était pas sortie de son coma.

L'enfant est sortie le 10 décembre pesant 2.050 grammes bien portante.

Obs. XVII. — *Césarienne vaginale av. terme pour éclampsie*
(M. Paroux). *Décès.*

Mme B. III pare, 23 ans, admise le 4 juin 1925 pour crises d'éclampsie.

Antécédents inconnus (aurait eu la scarlatine).

A son entrée la femme est très agitée, se jetant dans tous les sens.

Aux dires de son mari elle aurait eu trois crises avant sa venue à l'hôpital.

Depuis plusieurs jours elle présentait des signes d'éclampsie. Céphalée, barre épigastrique, œdème des membres inférieurs.

Quelques heures avant sa première crise elle a eu nettement des troubles oculaires (elle confondait les pièces de deux sous et celles de cinq sous) et une névralgie du trijumeau.

Aussitôt au lit elle fait une crise. Elle reste alors dans le sub-coma : agitation, respiration stectoreuse, elle répond avec difficulté aux questions posées et se plaint de ne pas voir clair. A ce moment examen obstétrical par M. Desoubry

Grossesse de 7 mois et demi environ. Siège en bas. Fœtus mobile. Auscult. +.

Toucher. — Col long fermé, pas d'ébauche de segment inférieur. A 21 heures 50, T. A. 18-10.

Saignée de 500 grammes sous légère anesthésie en raison de l'état de la malade.

T. A. après la saignée 15 et demi-10. Quand la femme se réveille elle se sent beaucoup mieux. Elle répond aux questions posées. Elle dit son nom, son âge, le nombre d'accouchements antérieurs qu'elle a eus. Elle compte également très bien les doigts qu'on lui présente.

M. Desoubry ordonne 2 grammes de chloral.

Jusqu'à une heure du matin elle est plus calme.

Mais depuis ce moment jusqu'à 5 heures 25 elle a eu 8 crises ainsi espacées : 1 h. 40; 2 h. 10; 3 h.; 3 h. 45; 4 h.; 4 h. 20; 5 h.; 5 h. 25

Elle ne sort plus du coma. Vers 2 heures du matin, nouvel examen obstétrical : col toujours fermé. Pas de S. I. Ausc. + 5 heures 25. Les accès étant de plus en plus intenses on se décide à intervenir.

Au toucher, le col est perméable et il y a une ébauche de S. I. M. Pareux fait une césarienne vaginale.

Après décollement de la vessie incisions antérieures et postérieures qu'on est forcé de compléter en raison de la présence d'un anneau de contractions.

Extraction d'un enfant pesant 2.250 grammes.

Délivrance naturelle immédiate 450 grammes. Points séparés au catgut. Tamponnements utérin et vaginal. Une légère hémorragie se produisant peu après on change la mèche vaginale. Ergotine.

7 heures. La malade n'est pas réveillée. La respiration est stertoreuse. Pouls 120. On fait spartéine, H. C.

Pendant tout l'état du mal on a recueilli environ 150 gr. d'urines. Alb., 5 grammes.

8 heures. Pouls à 130.

18 heures 15. Pouls à 140. Tension maxima 6 et demie.

10 heures 20, mort de la femme.

Obs. XVIII. — *Hémorragie rétro-placentaire avec apoplexie utérine chez une femme albuminurique hypertendue. Hystérectomie* (MM. Sur. au, Cheynet). *Guérison.*

Mme C. L. I pare de 16 ans est admise à la salle de travail le 28 août pour contractions utérines douloureuses. Antécédents sans intérêt.

Ant. obst. — Grossesse actuelle D. R. 28 janvier. Albumine dans les urines.

17 heures 45. Examen de M. Cheynet. Femme albuminurique présentant un utérus de consistance ligneuse. Col long et fermé. Absence de S. I. Bruits du cœur douteux. Hypertension T. A., 23-16. Hémorragie rétro-placentaire probable.

Césarienne vaginale sous rachianesthésie. (M. Cheynet, Mlle Tissandier). Décollement antérieur suivi d'incision de la face ant. du col. Décollement postérieur, incision de la face postérieure. Les incisions sont poussées de plus en plus haut, un anneau de contractions empêchant les manœuvres d'extériorisation du fœtus.

18 heures 15. Examen de M. Sureau. Femme très pâle, nez froid, présentant tous les signes d'une hémorragie grave sans hémorragie extérieure. Utérus dur. Absence de bruits du cœur. Femme albuminurique hypertendue. Hémorragie rétro-placentaire probable. Indications d'hystérectomie abdominale étant données les difficultés rencontrées précédemment par M. Cheynet pour l'extraction par voie basse.

Hystérectomie. (MM. Sureau, Cheynet). Subtotale en bloc. Hémorragie rétro-placentaire avec apoplexie utérine.

Poids du caillot 660 grammes. Utérus extrêmement mince, teinte violette, à la coupe infiltration du muscle par hémorragies interstitielles.

Drainage vaginal. Mikulicz. Tamponnement vaginal. Suites, très légère temp. Sortie bien portante.

Obs. XIX.— *Césarienne vaginale pour cardiopathie* (MM. Jeanin, Denoy). *Guérison.*

Mme B. S. II pare de 24 ans, admise au dortoir pour fin de grossesse et troubles cardiaques le 5 décembre 1925.

Antécédents pathologiques. — A 6 ans, chute, fracture de jambe, à 13 ans troubles visuels allant jusqu'à l'amaurose. Guérison progressive en un mois. La même année otite. A 17 ans. Troubles cardiaques ayant nécessité hospitalisation.

Ant. obst. — Première grossesse en mai 1921. La femme entre à la Pitié au septième mois de sa grossesse et se repose jusqu'au neuvième.

Application de forceps et extraction d'une fille vivante, 3.500 grammes, décédée à un mois.

Deuxième grossesse. D. R. au début de mai.

Examen obstétrical. — Grossesse de 7 mois environ. Tête en bas. Dos à gauche. Ausc. +. Toucher : col fermé.

Examen général. — Femme dyspnéique, facies pâle, pommettes colorées, on ne remarque pas d'œdème aux membres inférieurs. L'analyse des urines décèle 1 gramme d'alb.

Examen du cœur. — Frémissement cataire au niveau de la région précordiale. Souffle présystolique. Dédoublement du second bruit. Ceux-ci sont très claqués. La T. A., 11 et demi-6.

Poumons. — Râles de congestion aux deux bases. Dès le troisième mois de la grossesse la femme est essoufflée au

moindre effort, puis la gêne s'accroît l'obligeant à garder le lit.

Au sixième mois petites hémoptysies répétées.

Dans l'intervalle de ses grossesses la femme peut travailler.

Urines normales.

Jusqu'au 16 janvier la grossesse évolue normalement.

Le 16 au soir la dyspnée augmente légèrement et la malade a plusieurs quintes de toux en même temps elle ressent les premières douleurs du travail. A minuit la femme passe à la salle de travail. Dilatation 50 cent. Col long, tête non engagée tendant à se fixer. Les douleurs se succèdent tous les quart d'heures environ.

9 heures 30, dilatation 2 francs, tête fixée, col non effacé. La malade est dyspnéique assise sur son lit le visage légèrement cyanosé. Tension au Pachon 13 et demi-10. Le foie est douloureux et augmenté de volume, les douleurs se succèdent de 5 en 5 minutes.

11 heures. Examen de M. Jeannin. Toucher col non effacé, dilatation entre 2 et 5 francs. Segment inférieur commençant à se former. Tête fixée poche des eaux intacte

La dyspnée s'accroissant M. Jeannin décide d'intervenir par voie basse.

11 heures 30. Intervention sous anesthésie au chloroforme.

Césarienne vaginale. Application de forceps sur OIDP au détroit supérieur. Dérapage vraisemblablement en raison d'une rétraction utérine considérable survenue immédiatement après rupture artificielle de la poche des eaux.

Version podalique pénible mais rendue possible par double manœuvre.

Enfouissement au catgut. Tamponnement utérin et vaginal, laissé en place 9 heures. H. C. éthérée.

Le lendemain matin, temp. 37°7. P. à 128.

Température dans les jours qui suivent mais la malade sort bien portante ainsi que son enfant (qui pesait 2.600 gr. à la naissance).

Obs. XX. — *César. vagin. pour cardiopathie* (M. Jeannin).
Guérison.

Mme P. M. XIII^e pare, 39 ans. Admise pour cardiopathie.

A. H. — Père vivant, mère décédée de maladie de cœur.

A. Ph. — Nourrie au sein, premiers pas à 1 an. Réglée à 14 ans, irrégulières, douloureuses.

A. Path. — Rougeole, coqueluche, grippe, cong. pulm., à ce moment insuf. mitr. Etant enfant se plaignait déjà d'essoufflement.

A. obst. — 4 grossesses à terme, 3 fausses couches. 3 grossesses à terme. 1 fausse couche. 2 enfants à terme. 1 enfant mort de br.-pn.

Grossesse actuelle. D. R. la femme allaitait. Le 20 février la malade est prise d'étouffement avec crachements de sang. Un médecin appelé la fait conduire immédiatement à l'hôpital.

Le 21 février 1925, à 3 heures et demie du matin, la femme arrive dyspnéique ayant des expectorations rosées et toussant, lèvres violacées, pouvant faire croire à crise d'œdème aigu du poumon. T. A., 17-10. Pulsations 108. T. 37°5, urines non alb. Az. : 0,14 par litre.

M. Pareux fait une saignée de 250 grammes. 1 cc. de morphine.

La malade dit avoir fait un accident semblable il y a 14 mois environ. Après accouchement. Epistaxis, hémoptysies abondantes. Le médecin lui a donné une potion calmante et tout est rentré dans l'ordre.

A 10 heures 30, examen de M. Jeannin, col long, S. I. non formé.

Grossesse de 7 mois environ. On fait à la femme un demi-cc d'hypophyse. Les contractions sont régulières et assez longues; elles se répètent toutes les 5 minutes. A 12 heures 15, accouchement artificiel par C. V. (M. Jeannin). Fille est en état de mort apparente ayant fait quelques inspirations, pesant 1.300 grammes.

Délivrance artif. compl. pesant 380 grammes.

Suites normales pour la femme sortie le 10 mars 1925.

LA CESARIENNE VAGINALE A TERME

A terme, la césarienne vaginale est une opération discutable et plus dangereuse qu'avant terme, car le fœtus est plus volumineux.

Il faudra donc inciser le plus haut possible sur un segment inférieur bien fermé, et inciser sur les 2 faces du canal cervico-segmentaire; s'assurer qu'il n'y a pas d'obstacles *prœvia* insurmontables, que le fœtus n'est pas trop volumineux. S'il s'agit d'une rigidité du col, il faudra savoir si cette rigidité n'est pas cancéreuse, fait qui contre-indiquerait formellement l'intervention. Un bassin légèrement rétréci n'est pas une contre-indication absolue et, parfois, peut être même une indication, le tout est de juger si le passage de l'enfant est possible sans danger.

Enfin, il faudra discuter l'intervention la plus appropriée à chaque cas.

C'est pourquoi nous diviserons, un peu schématiquement peut-être, l'étude de cette discussion, d'après la clinique, suivant que :

- 1° Le travail n'est pas commencé,
- 2° le travail est commencé,

A) *Le travail n'est pas commencé* : La voie basse tire tout son intérêt des contre-indications de la voie haute.

On préférera la voie haute à moins que l'on juge la césarienne abdominale trop dangereuse pour la femme, ou si le résultat, enfant mort par exemple, ne semble pas équivaloir les risques courus par la mère. Enfin ce peut-être même la femme, ou la famille, qui refuse la voie haute.

B) *Le travail est commencé* : Les contractions douloureuses de l'utérus, l'écoulement de glaires sangui-nolentes, les modifications du col, sont les signes cliniques qui nous feront dire que le travail est commencé.

Au fur et à mesure que le travail progresse la voie basse va prendre de plus en plus d'importance sur la voie haute. La rupture des membranes accroîtra même considérablement cette importance.

Mais le toucher surtout va nous permettre de diviser les différents diagnostics d'intervention qui vont alors se poser.

1° *Le segment inférieur est mal formé* : la voie basse est inutilisable.

2° *Le segment inférieur est bien amplié, le col n'est pas effacé* : la voie haute reste longtemps possible surtout actuellement où la césarienne supra-symphysaire est couramment employée. Les dilatations sont, à juste raison, à peu près totalement abandonnées aujourd'hui, elles sont inutiles et dangereuses. Mais c'est la période de choix pour la césarienne vaginale. Dans

les cas où les deux voies haute et basse sont possibles laquelle faut-il choisir?

C'est là surtout une question de tempérament chirurgical, parfois aussi une question sociale.

3° *Le col est effacé, mais non dilaté, ou la dilatation est inférieure à 5 francs.* La voie basse est la voie préférable, et, parmi les interventions basses, la césarienne vaginale seule est recommandable.

4° *Le col a une dilatation d'au moins 5 francs,* il bombe dans le vâgin, les culs-de-sac sont profonds, la présentation vient appuyer de plus en plus sur le périnée. A cette période, la césarienne vaginale est inutile, les incisions du col suffisent. Il y a enfin des cas intermédiaires où les incisions du col semblent suffisantes puis on se rend compte qu'elles ne le sont pas, il est alors facile de décoller la vessie et d'agrandir l'hystérotomie antérieure.

Nous rapportons ci-dessous quelques cas de césariennes vaginales à terme, nous avons déjà cité quelques-unes de ces observations sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

(Se reporter aux obs. n° 1, 2, 3, 5 et 7).

Obs. XXI. — *César. vagin. pour placenta prævia à terme*
(MM. Jeannin, Pareux, Weill-Spire). *Guérison.*

Mme B. J. V pare. 28 ans, entre le 28 février 1926 pour hémorragies abondantes.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, irrégulières, douloureuses, abondantes. Insuffisance mitrale.

Première grossesse 1917, enfant à terme vivant, 2.750 gr.
décédé à 18 mois, méningite.

2 ^e grossesse 1921	{	Accouchements au
3 ^e — 1922		terme de 7 mois
4 ^e — 1923		d'enfants mort-nés.

Cinquième grossesse actuelle. D. R. 27 mai, évolution
norm. — U. N.

28 février. — Dans la soirée, la femme a une perte assez
abondante et depuis pertes rouges, liquides, continuelles.

Examen de M. Jeannin, tête en bas, dos à gauche, ausc. +.
Poche des eaux intactes, tête mobile, on sent un cotylédon
à l'orifice du col.

A 11 heures, intervention de M. Jeannin, aides MM.
Pareux, Weill-Spire.

C. V. Incision ant. et post. du col. Extraction par version
podalique d'un garçon vivant, pesant 3.200 grammes,
délivrance, insérée à droite, immédiate, complète pesant
520 grammes. Tamponnement intra-ut. laissé 6 heures en
place. Sérum 550. Traitement de l'anémie par hémorragies
H. C. Spartéine. Caféine. Adrénaline.

Le lendemain 37°4, p. 106. Surlendemain, 37°, P. 96.

Mère et enfant bien portants.

Obs. XXII. — *César. vagin. à terme. Enfant mort. Basio-*
tripsie (MM. Jeannin, Pareux, Weill-Spire). *Guérison.*

Mme P. A. I pare, 36 ans. Admise le 24 février 1926 pour
fin de grossesse. Grossesse actuelle dern. règles 30 mai..
Grossesse normale. Ur. normal.

Palper. — Tête mobile, dos à gauche. Ausc. +

17 avril. — Douleurs dans la nuit du 16 au 17, puis perte
des eaux (légèrement purée de pois).

Tension art. 17-11, plus de douleurs dans l'après-midi.
Utérus dur, ausc. négative.

18 avril— Tens. art. 15-10, pas de douleurs.

19 avril T. A. 15 et demi 11, cette nuit la femme a souffert dans le ventre et les reins. Le matin utérus dur et ligneux; segment inférieur non formé. Ausc. nég.

P. et Temp. normal. U. pas d'albumine. A 11 h. 30 M. Jeannin se décide à intervenir. *Césarienne vaginale et basiotripsie; un enfant mort depuis 2 jours membranes rompues. Tétanisation de l'utérus.*

Fœtus masculin 3.350 gr., sans matière cérébrale, placenta 480 gr., sérum anti-strepto 20, sérum anti-pneumo 20, sérum Leclinché 10.

Suites opératoires normales. Guérison.

Obs. XXIII.— *Césarienne vaginale à terme pour souffrance fœtale (M. Denoy). Guérison.*

Le 25 janvier 1925 Mad. G. G. II geste, 39 ans, est admise au dortoir pour début de travail (membranes rompues depuis le matin).

Antécédents sans intérêt.

Antécédents obst. : 1^{re} grossesse en 1912 Avort. à 4 mois et demi (chute?)

2^e grossesse actuelle. D. R. 16 mai; urines normales.

Examen d'entrée : Tête mobile au détroit supérieur, dos à gauche, auscult. + toucher, col en voie d'effacement, dilatation lenticulaire, membranes rompues.

La femme qui, depuis le matin, accusait des contractions utérines douloureuses et fréquentes, à la suite desquelles elle a rompu sa poche des eaux, semble dès son entrée au dortoir se calmer. Les contractions s'espacent.

Le 26 janvier : la femme remarque elle-même que le liquide qu'elle perd est verdâtre et fétide alors que la veille elle ne perdait que de l'eau. Elle accuse toujours des douleurs. Le travail est stationnaire.

Temp. et pouls normaux.

Le 27 janvier à 16 heures, examen : tête ayant une légère tendance à se fixer, mais toujours très haute. La dilatation est à peine à 2 francs. Parties molles, résistantes. Auscult. +

Il s'écoule un liquide franchement purée de pois et très fétide, température 38.2, pouls 102. On passe la femme à l'isolement et on lui fait un demi-cc. d'hypophyse.

A 17 heures, nouvel examen. Même dilatation. Les contractions deviennent presque subintrantes. A ce moment temp. : 39, pouls : 108.

Intervention. Colpotomie antérieure. Incision du segment inférieur sur 4 cm. de longueur. Incision postérieure au DS sur OIGA. Episiotomie.

Extraction d'une fille, vivante, née, étonnée, ranimée au bout de 10 minutes. Poids : 3.300 gr.

Injection intra-ovulaire iodo-iodurée.

Délivrance artificielle immédiate pesant 440.

Revision utérine - Suture du S. I. - Episiotomie 2 crins.

255 cc. sérum physiol, 20 cc. de Leclainche, 20 cc. d'antistrepto, 10 cc. anti-pneumo.

Depuis son accouchement, mais surtout à partir du 2^e jour, température oscillant entre 37,6 et 39.; le pouls suit la température. La température tombe assez rapidement à la normale.

Sortie de la femme et de l'enfant bien portantes.

CONCLUSIONS

1° La césarienne vaginale, après des alternatives de vogue et d'abandon, semble à l'heure actuelle tombée un peu dans l'oubli, injustement à notre avis, l'étude des observations de césariennes vaginales pratiquées depuis 3 ans dans le service de M. le Professeur Jeannin nous en a donné la ferme conviction.

2° Avant terme, la césarienne vaginale est une excellente intervention, c'est le procédé de choix pour évacuer rapidement un utérus gravide.

3° A terme, c'est une opération plus discutable, mais c'est alors une opération d'urgence, et comme telle elle en comporte la gravité. Elle nécessite un segment inférieur bien formé, l'absence d'obstacles prævia irréductibles, un fœtus pas trop volumineux, des incisions pas trop timides, et se pratique de préférence entre le moment où la césarienne haute devient trop dangereuse et celui où les incisions du col prennent leur indication.

4° Les indications principales de la césarienne vaginale sont :

le placenta prævia,

l'éclampsie,

l'évacuation pour fœtus mort, et en outre tous les cas où la santé de la femme, ou celle du fœtus, ou les deux réunies sont en jeu et nécessitent une évacuation rapide de l'utérus.

5° Le placenta prævia constitue la principale des indications. Les dangers semblent plus théoriques que pratiques, même dans les cas de placenta prævia central.

6° L'éclampsie avant tout travail et l'hémorragie rétro-placentaire seront justiciables de cette thérapeutique.

7° De même les anomalies d'effacement du col ou de dilatation par rigidité anatomique ou cicatricielle. La rigidité cancéreuse au contraire est une contre-indication formelle.

8° L'avortement et l'accouchement prématuré thérapeutique pour toute affection grave exigeant une interruption rapide de la grossesse : accidents gravidocardiaques, tuberculose, pyélonéphrites graves, etc., trouveront ainsi un procédé rapide et facile, contrairement aux méthodes de dilatation brusque, plus lents et surtout infiniment plus dangereux.

9° Les souffrances fœtales par compression funiculaire, procidences du cordon, peuvent être une indication si l'état de l'enfant n'est pas déjà gravement compromis.

10° Les accidents de la césarienne vaginale peuvent être en majeure partie diminués avec une bonne technique, ils ne sont pas déjà très nombreux.

11° Les suites éloignées sont en général favorables, l'accouchement normal après césarienne vaginale semble être la règle.

Vu, le Doyen,

H. ROGER

Vu, le Président de la Thèse,

C. JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Pour tous les travaux antérieurs à 1913, cf. :

Wilhelm. — Les Hystérotomies vaginales en obstétrique (*Thèse*, Paris 1913).

Albeck. — Vaginal caesarean section (*Ugeskr. f. laeger*, Kobenh, 1914, LXXVI, p. 1698-1705)

Allen. — The present status of vaginal caesarean section (*Maryland M. Journ.* Baltimore 1908, LI, p. 66-69)

Bengolea. — Technique de l'interruption thérapeutique de la grossesse par césarienne vaginale (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, juillet 1928).

Brodhead. — Vaginal cesarean section for blighted ovum (*Med. Rec.* New-York, 916 LXXXIX, p. 712).

Carlini. — A propositio d'un taglio casareo vaginale (*Clin. Ostet.* Roma 1915, XVII, p. 125).

— A propos d'une opération césarienne vaginale (*Rev. Mens. de Gynécologie, d'Obstétr. et de Pédiatrie*, Paris 1919, XIV, p. 49).

Chueco. — A via vaginal na cirurgia gynecologia (*Revista de Gynecologia et d'Obstetricia*, Agosto, 1928).

Cooney. — Vaginal caesaran section in certain case of eclampsia placenta, praevia pernicious vomiting and in hemorrhage due to premature séparation of the placenta (*Journal Lancet*, Minneap. 1913, XXXIII, p. 288).

Delestre. — La césarienne vaginale (*Gaz. des hôp.* Paris 1913, LXXXVI, p. 2192-à5).

Delmas. — Operation césarienne vaginale avant le terme après insuccès des moyens provocateurs de l'accouchement dans un cas de bassin rachitique aplati (*Rev. mens. de gynécol. d'obstétrique et de pédiatrie*, Paris 1914, IX, p. 118-121).

— Opération césarienne vaginale avant le terme après insuccès des moyens provocateurs de l'accouchement dans un cas de bassin rachitique aplati (*Bull. Soc. Obst. et de Gyn.* de Paris, 1914, II, p. 819-822).

D'Erchia. — La cesarea abdomino baginal, per indicazione assclute nelle infette (*Ann. d. ostetr.*, Milan, 1918, XL, p. 105-119).

Duhrssen. — Funfundzwanzig jahre vaginaler Kaiserschnitt (*Zentralblatt. f. Gynakol.* Leipzig, 1920, XLIV, p. 779).

Essen-Moller. — Is the vaginal cesereansection justified in placenta prévia (*Amer. Journ. of Obst. et Gyn.*, n° 5 mai 1928, p. 612).

Genzalez. — A proposito de la operacion cesarea vaginal (*Prensa Med. argentina*, Buenos-Ayres, 1917-18, IV, p. 401).

Jeannin. — Indications et contre-indications de la césarienne vaginale (*La Médecine*, avril 1922).

Kelley. — Vaginal cesarean section indications for with a report of four cases (*Journ. Iowa State Med. Soc.*, Washington, 1915, p. 406).

Kinyon. — Vaginal caesarean section (*Med. century*, New-York, et Lancaster, Paris 1914, XXI, p. 177-180).

Lisogorski. — Case of vaginal caesarean section; (*Journ. akush. i. zhensk. Boliez St-Pétersbourg*, 1914, XXIX, p. 613).

- Mac Kay.** — Case of vaginal caesarean section (*Australas Med. Gaz.*, Sydney, 1913, XXXIV, p. 121).
- Nichlosen.** — Report of a case of vaginal cesarean section with local anesthésia during advanced phthisis (*Amer. Journ. obst.*, New-York, 1913, LXVII, p. 571).
- Oui.** — Rigidité du col chez une syphilitique; opération césarienne vaginale, mort (*Bull. Soc. d'Obs.; et de Gyn.*, de Paris, 1913, p. 637-641).
- Pareux.** — Considérations sur les Hystérotomies par voie basse au cours de l'accouchement (à propos de quatre obs. personnelles) (*Thèse*, Paris, 1922).
- Piper.** — Cesarean section and panhysterectomy for carcinoma of the cervix (*Proc. Path. Soc. Phila*, 1916-17, XXXVII, p. 42).
- Potter.** — Vaginal ceasarean section for eclampsoa and other conditions (*Tr. amer. Assoc. Obst. et Gynecol.*, 1914. York, 1915, XXVII, p. 444, also *Amer. Journ. Obst.*, New-York, 1915, p. 493).
- Schonstadt.** — Vaginale kaiserschnitt (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1920, LVII, p. 134).
- Waszkiewicz.** — Two cases of vaginal caesarean section (*Lek. Wilenski*, 1914, II, p. 161).
- Webiorn.** — Three cases of vaginal ceasarean section for albuminurie retinitis in pregnancy (*Hygiæna*, Stockholm, 1915, LXXVII, p. 391).
-

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	11
2. Généralités	13
3. Anatomie, physiologie de l'utérus pendant la gestation	17
4. Technique de la césarienne vaginale.....	26
5. Incidents, accidents et complications.....	34
6. Pronostic	51
7. Indications et contre-indications de la césarienne vaginale	58
A. — La Césarienne vaginale avant terme.....	60
B. — La Césarienne vaginale à terme.....	75
8. Conclusions	81
9. Index bibliographique	85
